

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH
RESEARCH BULLETIN

VOLUME 4

NUMBER 1

SUMMER 2003

I N S I D E

FIRST NATIONS
WOMEN

- 4 The Discredited Medical Subject in Health Policy and Practice: Carrier First Nation Women in Northern British Columbia
- 7 A Gender Analysis of the Stress Experience of Young Mi'kmaq Women

MARGINALIZATION –
BARRIER TO HEALTH

- 11 Violence and Self-Harm Among Women in Conflict with the Law
- 14 The True Name of Her Condition

STUDYING DIVERSITY
IN THE COMMUNITY

- 17 Queer Women's Health Research: Methodological Questions
- 20 Peer Research in the Sex Trade
- 22 Beyond Inclusion

Voices From the Community

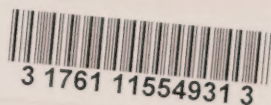
Guest Editorial by Yvonne Atwell, Policy Analyst

Atlantic Centre of Excellence for Women's Health

THE EDITORS OF THE *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin* have invited me to comment on the articles in this issue devoted to capturing "Voices from the Community." The research featured here explores the experiences of women who have been marginalized in and by society, including immigrant women, Aboriginal women, female sex trade workers, women living in poverty, lesbians, women in conflict with the law and women who have been subject to violence and other forms of abuse. These articles detail the numerous and overwhelming barriers to health and wellness faced by disadvantaged women—whether they are trying to navigate through the legal system, the health care system, social services or the tasks of daily living.

The studies supported by the Centres of Excellence for Women's Health represent a modest but vital contribution to the enormous amount of work that remains to be done to improve the health and well being of vulnerable and marginalized women in our society. By giving voice to women who have typically been silenced, these articles confirm that there is a crisis in health research, policy and practice. Although hundreds of thousands of women in this country are living in conditions of profound personal, social and economic insecurity, they continue to be ignored by many researchers and research funding agencies, by many of those who formulate and implement municipal, provincial and federal policies, and by many of those who deliver housing, income, social and health care services. By focusing on specific populations of women, by examining health through a comparative "gender lens," this research also confirms the differential impact of economic, social, political and cultural factors on diverse groups of women and between women and men. For example, Lynn McIntyre and her colleagues in Nova Scotia interviewed Mi'kmaq youth living on reserve and found that young

CONTINUED ON PAGE 3



CENTRES OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH



British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health

**British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health**
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver, BC
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tel: (604) 875-2633
Fax: (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

**Prairie Women's Health
Centre of Excellence**
56 The Promenade
Winnipeg, MB
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tel: (204) 982-6630
Fax: (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

**National Network
on Environments
and Women's Health**
Centre for Health Studies
York University
4700 Keele Street
Suite 214 York Lanes
Toronto, ON
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tel: (416) 736-5941
Fax: (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

**Atlantic Centre of Excellence
for Women's Health**
P.O. Box 3070
Halifax, NS
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/acewh
Tel: (902) 470-6725
Toll Free: 1-888-658-1112
Fax: (902) 470-6752
acewh@dal.ca

CENTRES OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH

Launched in 1996, the Centres of Excellence for Women's Health and the Research Bulletin are funded by Health Canada (Women's Health Contribution Program) and administered by the Women's Health Bureau. Their work is a major component of the Women's Health Strategy. Four centres, each a dynamic partnership of academics, researchers, health care providers and community-based women's and women's health organizations are located in Halifax, Toronto, Winnipeg and Vancouver. The Canadian Women's Health Network (CWHN) is also funded under CEWH to support national networking and communications.

**Centres of Excellence
for Women's Health**
Women's Health Bureau
Health Canada
Postal Locator 1903C
3rd Floor
Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, ON Canada K1A 0K9
Tel: (613) 952-0795 Fax: (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca



centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

ORDERING

Back issues or additional copies of this issue are available from CWHN.

**Canadian Women's
Health Network**
Suite 203
419 Graham Avenue
Winnipeg, MB
Canada R3C 0M3
Tel: (204) 942-5500 Fax: (204) 989-2355
Information Line (toll free): 1-888-818-9172
TTY (toll free): 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca



Canadian Women's
Health Network

Le Réseau canadien pour
la santé des femmes

Want to Subscribe? Let us Know!

The *Research Bulletin* is sent free to individuals and organizations across Canada who have an interest in women's health research. If you wish to subscribe, please contact CWHN. (If you wish to 'unsubscribe', please let us know, too).

PRODUCTION

Editor	Ann Pederson
Assistant Editor	Leslie Grant Timmins
Production Manager	Susan White
French Translation	The Masha Krupp Translation Group Limited
Proofreaders	Doreen MacLean, Vivianne Roy Mazerolle
Design	Folio Design
Printing	Winnipeg Sun Printing Services

All views published in this bulletin, including the editorial, represent the opinions of the authors and do not necessarily represent the official policy of Health Canada or of the Centres of Excellence for Women's Health.



■ Women need adequate resources and political will committed to the goal of creating a just and caring society.

cont'd

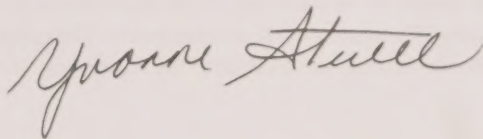
women were twice as likely as young men to report feeling sad, depressed or extremely stressed. Abuse, lack of education, poverty and discrimination all weigh more often and more heavily on women than on men and compound the disadvantages experienced by specific groups of women. At the same time these studies stress the imperative of moving from research to action. For example, we have long known that immigrant women are at high risk of depressive conditions, including Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Many have endured traumatic experiences in their countries of origin and many are further stressed by immigration itself. The study from the Prairie Centre confirms that PTSD is exacerbated by the "day-to-day struggles of adapting to a new environment, often without language skills, community or family support." Yet many of our policies and practices remain insensitive to the needs of new residents and aspiring citizens of Canada. Studies conducted with Aboriginal women, women of colour and women living in poverty or abusive situations lead to similar conclusions. These women need a more equitable and inclusive society. They need to know that leaders in Canada will endorse new policies and practices that ensure fair and appropriate care for all. They need to know that service providers will respect cultural diversity as well as social and economic differences. They need adequate resources and political will committed to the goal of creating a just and caring society.

Some of the research highlighted in this issue is decidedly action-oriented and empowering. Wanda Thomas Bernard, who has conducted health research studies with African Nova Scotian women, concludes "action means sharing individual and collective power in health research and using power and privilege to effect change." Frances Shaver's research with sex trade workers likewise emphasizes the importance of "giving back to the community" and empowering disenfranchised women. But some studies still shy away from explicitly addressing the effects of systemic

discrimination. Annette Browne and Jo-Anne Fiske are among the few investigators who grapple openly with the implications of racism, sexism, and other forms of prejudice in our society. They acknowledge that it is the "interests of dominant groups [that] float to the surface, as does the language that promotes their interests."

Moreover, the research highlighted here focuses on the deplorable conditions that characterize the lives of many disadvantaged women in Canada, but largely ignores positive dimensions and effective coping strategies. One possible interpretation is that an essentially white, middle-class, urban standard of wellness and health is in place. Lives that do not resemble this standard then appear shabby, unwholesome and thoroughly unpleasant, rather than unnecessarily difficult. The Centres of Excellence for Women's Health, increasingly mindful of the need for more and deeper analysis of the impact of systemic discrimination on women's health, have begun investing in research and policy activity about relevant themes, including "racism as a determinant of health." We eagerly look forward to the fruits of this groundbreaking work.

In the final analysis, the research supported by the Centres of Excellence underscores our responsibility to vulnerable and marginalized women and men—both as researchers and as citizens of civil society. When people welcome us into their lives in the name of research, we must be ready to respond with information, skills and opportunities to effect genuine and lasting changes. When we go to the polls, when we meet with politicians and policy makers, we must be prepared to advocate for a more equitable and inclusive society.



FIRST NATIONS WOMEN

The Discredited Medical Subject in Health Policy and Practice: Carrier First Nation Women in Northern British Columbia

Annette Browne, Assistant Professor, School of Nursing, University of British Columbia, and Jo-Anne Fiske, Associate Professor, First Nations Studies and Women's/Gender Studies, University of Northern British Columbia, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. The authors spoke to Leslie Grant Timmins of the *Research Bulletin*.

Research Bulletin: In the first phase of your research study you looked at encounters between Carrier First Nation women and health service providers in the northern interior of British Columbia. Your report described the unequal power relations in these encounters and their negative impact on the women. What are you doing in the second phase of your study?

Jo-Anne Fiske: We took another look at the women's narratives, applying certain theoretical perspectives. Embedded in the women's interviews we found explicit and implicit recommendations for policy changes. We analyzed provincial and federal health policy reform and found that, very frequently, First Nations women's participation in policy reform does not bring about the results they desire.

Annette Browne: Women we'd interviewed had described the various ways in which health providers unwittingly conveyed dismissive attitudes—making women feel as if they were essentially invalid medical subjects. The processes of health policy reform and consultation, and existing health policy, also tend to construct Aboriginal women as “incredible” medical subjects.

RB: What does “incredible” mean?

AB: Discredited, non-credible. I'm thinking of the local clinic's policy of imposing a \$20 penalty for missed or late appointments. That kind of policy may be necessary to the financial viability of the clinic, but it ends up penalizing and constructing Aboriginal women as incompetent. The policy positions the women as “incredible” by reinforcing this

notion, this popular notion, of Aboriginal women as irresponsible because they are not able to meet the expectations of the clinic operations.

JF: The women don't have \$20 to pay the penalty, they don't have cars. The 20 kilometre trip from the reserve to the clinic is not easy to arrange. So they leave the clinic and walk across the parking lot to emergency care at the hospital. This is much more expensive to the health care system, but they have no alternative. So what you have as a result of this policy is a greater emphasis on a negative image of women because they failed to treat the clinic properly. The policy creates conditions that reinforce stereotypes, difference, and social distance.

RB: Are you saying that health care reform and consultation does the same thing?

AB: Within health policy discourses of citizenship—for example, the appeal for citizens to respond to health care reform through the Romanow Commission, and the Royal Commission on Aboriginal People (1996), which was a five-year intensive consultation process—there's a paradox. There's an appeal to “citizenship,” to rights and obligations to direct health policy through participation in governance. But what actually happens is that Aboriginal people are undermined by these discourses and positioned as lacking power.

RB: Lacking power in what way?

JF: When you start the process, certain interests of dominant groups float to the surface, as does the language that promotes their interests, sometimes not consciously. For example,

during our study, Aboriginal women told us they wanted to have more advocates in the local and regional hospitals—First Nations liaison workers—not only in the acute care sector, but in primary care and community care as well.

AB: The women wanted these liaison workers because of dismissive attitudes that are often conveyed towards them in these sectors. Through their attitudes, though often unintentional, workers disparaged the women's role as responsible mothers, showed resentment towards them as undeserving recipients of "free" government aid, and showed a lack of sensitivity or understanding of their behaviour (shyness, for example) during medical exams that evoked past sexual abuse they'd experienced in residential schools.

The local health clinic has no First Nations workers at all. And there is still only one such liaison worker in the regional hospital. The women wanted more liaison people to be public advocates, to speak to things that need to be changed.

JF: Requests for policy changes through the presence of Aboriginal workers can be positive, but not necessarily so. All too often policy makers take up these recommendations, but translate and reframe them in a manner that supports the existing power structures. This is what appears to have happened with the liaison position: the women's recommendation for advocacy—a way to make change and address structural problems—is translated into, for example, a need for more social workers, who will give more directives about how *the women* should change their lives. It's another gatekeeper approach to the women's "lifestyle." The very terms the women wanted to challenge are used to frame the policy. And the power structure stays the same.

AB: By identifying the invalidating encounters that Aboriginal women experienced in a health clinic, our report on the first phase of our research added fuel to the argument for

additional hours and funding to expand the Native liaison worker position at the hospital. The findings of our report have been taken up by the Medical Officer of Health, but to date there's still only one Aboriginal liaison worker.

RB: You recommend "cultural safety" over "cultural sensitivity" training of health care practitioners to address problems at the service level. What's the difference between "sensitivity" and "safety"?

AB: There has been a movement to make both health policy and health services more culturally sensitive. These policies are founded in concepts of cultural difference: I learn about your cultural differences and can therefore understand your "different" behaviour. This stigmatizes. It also directs responsibility for "cultural differences"—which may be structurally mediated—back onto individuals and away from relations and structures of power.

JF: Cultural safety looks beyond cultural differences. It is concerned with changing attitudes, but moves beyond superficial understanding to place responsibility on members of the dominant society to look at the power and privileges of their own social position. That is, in order to offer professional services that are safe, the professional needs to gain an awareness of the political and historical forces shaping the dynamics of health care interactions with Aboriginal people. So, for example, practitioners can reflect on the *structures* they're working in instead of trying to account for or blame an individual's behaviour.

AB: It's a relatively new concept. It originated from Maori nurse-leaders in New Zealand who were involved in health reform. Now all nurses there have to study the colonial history and are tested on it. This is different from learning a superficial etiquette about culture. It's very effective at a micro level, in everyday encounters between patients and

■ **The dominant culture ends up being the driving force in health care and health reform.**

■ In order to offer services that are safe, the health care professional needs to gain an awareness of the political and historical forces shaping the dynamics of health care interactions with Aboriginal people.

health care providers. How it can be mobilized at a macro policy level has to be explored in more depth.

JF: What we're trying to argue in the report we're preparing now is that some groups' perspectives and knowledge are privileged over others and that the dominant culture ends up being the driving force in health care and health reform.

RB: Is awareness about privilege and power really sufficient to bring about significant change?

AB: No, but awareness is an improvement. And we're not trying to blame individual providers and fall into the trap of labelling individuals as racist. This also takes the focus off power structures. Let's talk about racism as embedded in the fabric of society.

RB: How can culturally safe practices change the discrediting attitudes in the health clinic?

AB: Clinic practices and policies that convey respect for Aboriginal women's primary roles as gate-keepers to the health care system and community leaders. That take into account poverty and the social and historical forces behind poverty. And, just as importantly, practices and policies that ensure the *meaningful* participation of Aboriginal women in decision making at the local health level.

JF: At national and regional policy levels, instead of continuing to focus on inviting Aboriginal people to make health policy more "culturally sensitive," ways can be found to address the underlying social determinants of health. For example, when we look at policy on Aboriginal health, we see a highlighting of certain illnesses and a link to "lifestyle." HIV, substance use, for example. This tagging reinforces and

marks Aboriginal women as discredited medical subjects.

AB: And ignores the underlying causes of high rates of these illnesses and problems. There's a lack of focus on the social determinants such as economic marginalization, welfare colonialism, extreme rates of poverty among women and kids on and off reserve, and regional underdevelopment that have a greater impact on health status.

RB: Aboriginal people in Canada have a high rate of diabetes. How does diabetes fit into the construction of illness and "lifestyle"?

AB: It can work both ways: sometimes it's constructed as a "neutral" disease and sometimes as caused by irresponsibility. But in the latter case you have to ask, what about the diets of people who are economically disadvantaged?

JF: Health policy embraces a very strong North American belief in illness as a matter of lifestyle. If it's lifestyle, then it's an easy fix. This has an appeal at every level of health administration. "Stop eating X." But policy does not analyse *why* certain foods are available and others not. And there are other disabling diseases that are not marked as part of the "epidemics of lifestyle," such as arthritis, that may receive less attention.

AB: What we're seeing and trying to make explicit is that there is an ongoing ideology of individualism that has tremendous impact on Aboriginal people's health and the sorts of solutions that are offered. At the regional health authority level, if you have HIV or a problem with substance use, getting "soft" money, short-term project money, into your community is seen as a solution. Launch a counseling program, for example, as if a three-week program can solve the problem. On paper it looks like the regional health

authority is sending lots of money into Aboriginal communities, but that is misleading. It's really a very small amount of money for very big community issues, spread thinly over a large territory.

AB: When health policy and health care practices construct Aboriginal women as responsible for their illnesses, as "in/credible," discredited subjects in health services, they create a significant barrier to women's health.

JF: The struggle to get outside the colonial legacy and to achieve what you desire through policy reforms is immense. There is an ever present danger of recreating the very power structures that led to the problems in the first place.

The first phase study report, *First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems* (2000), can be downloaded at www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdf.htm or to order a copy contact:



British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health

British Columbia Centre of
Excellence for Women's Health
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver, BC Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tel: (604) 875-2633
Fax: (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

FIRST NATIONS WOMEN

A Gender Analysis of the Stress Experience of Young Mi'kmaq Women

Lynn McIntyre, Professor, Faculty of Health Professions, Dalhousie University, Frederic Wien, Professor, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sharon Rudderham, Former Health Director, Union of Nova Scotia Indians, Loraine Etter, Health Director, Confederacy of Mainland Mi'kmaq, Carla Moore, Health Policy Analyst, Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs, Nancy MacDonald, Assistant Professor, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sally Johnson, Acting Health Director, Union of Nova Scotia Indians, Ann Gottschall, Study Coordinator. This study was funded by the Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.

In 1997 the Mi'kmaq Health Research Group, made up of health coordinators of three First Nations organizations and academics from Dalhousie University, conducted the Mi'kmaq Health Survey.¹ The single most arresting finding of this study was the stress experience of young females living on reserve. Thirty percent of Mi'kmaq female youth compared to seven percent of Mi'kmaq male youth said they were "quite a bit or extremely stressed." Feeling "sad or depressed for two weeks or more" was selected by 47% of the female youth compared to 21% of male youth. And male Mi'kmaq youth were much more likely to report "I like the way I am" (84%) than were female youth (57%).

The findings of the Health Survey, our first research undertaking, led to our study of adolescent Mi'kmaq women

(12 to 18 years old). *An Exploration of the Stress Experience of Mi'kmaq On-reserve Female Youth in Nova Scotia* (2001) examines physical stressors (e.g., being overweight), mental stressors (e.g., depression, self-esteem, and emotional health) and stressors related to social relationships.

The overall goal of this study was to identify policy and programs that might be effective in reducing the negative stress of young Mi'kmaq women. A second goal was to develop research expertise in First Nations organizations and communities. To capture gender differences and similarities, Mi'kmaq females' stress experiences were compared to those of male youth on reserve. The perspectives of professionals working in youth services were also sought and compared to those of the male and female youth groups. An all-female,

■ Young Mi'kmaq women left school because of pregnancy, young men left because of frustration doing school work.

on-reserve Youth Advisory Group reviewed the research process, advised us on the content of interviews, and contributed to a description of stressors for their peers.

Literature Review

To facilitate an understanding of the stress experiences of female Mi'kmaq youth, it is useful to begin with the historical background. The Royal Commission on Aboriginal Peoples (1996) stated that "Many Aboriginal people are suffering not only from specific diseases and social conditions but also from a depression of spirit resulting from 200 or more years of damage to their cultures, languages, identities and self-respect."² Aboriginal peoples suffered from diseases brought by the European population as well as "traumatic social practices"³ that were part of colonization. The aftermath of the residential schools experience and other government policies and practices have resulted in a socio-health trauma that continues to today, with many inequities still evident in Aboriginal people's health status and access to health services. Yet there are some signs of change: secondary and post-secondary school graduation rates are much improved over the pattern of two or three decades ago, although still behind the Canadian average, and First Nations are taking advantage of treaty and Aboriginal rights provisions to obtain renewed access to resources, an expanded landbase, and funds for economic investment. Aboriginal peoples are gradually regaining control over conditions that affect their health and over health policies, and new data on Aboriginal health are becoming available.

The stress experience of Mi'kmaq women is shaped in part by historical, socio-economic and health conditions, but also by gender-based differences and by prospects for their children. A pattern of giving birth at a younger age than the general population, a shift in family structure resulting in

more single parent families, higher levels of child mortality, higher levels of poverty than Aboriginal men, and a high level of violence against women are key health indicators. In order to deepen our understanding of what lies behind the stress experience of young Mi'kmaq women today, we applied a gender equity analysis to a review of published literature. In the studies we reviewed about depression, we found that the incidence among Canada's young female population is significantly higher than for young males.⁴ With respect to racial/ethnic differences, Roberts and colleagues found that while it appears that these differences in depression are present, it is actually the socio-economic status of the group that encourages or discourages the presence of depression.⁵ Aboriginal youth were found to have one of the highest rates of depression because they live in the lowest socio-economic conditions compared to other groups. Overall, the highest prevalence of depression was found among Aboriginal females due in part to their decrepit living conditions.⁶

Other literature suggests that learning difficulties are a significant health problem for Aboriginal youth and contribute to Aboriginal children's higher rates of school-leaving.⁷ A factor that may contribute to poor school performance may stem from teachers' and others' misunderstanding of cultural differences.⁸

Focus Groups and Interviews

We conducted 21 semi-structured individual interviews and 8 focus group discussions with female Mi'kmaq youth. In order to provide a basis for gender contrast, five individual interviews and two focus groups with male youth living on reserve were conducted. Youth were also asked to suggest policies and programs that might lessen their stress. Upon completion of the study, we returned the findings to the

Youth Advisory Group for feedback and discussion.

Interviews were also held with youth-serving counselors and health workers about their perceptions of young Mi'kmaq women's stress experiences, as well as about policies and programs that they felt might assist female youth.

Findings

In the focus groups the young Mi'kmaq women talked about stress primarily as an *internal* emotional response. For example, being emotionally on-edge was mentioned 13 times (including irritability, frustration, anxiety), feeling down or sad was given 11 mentions, and feeling angry, 9. The women said they found stress relief by communicating their feelings with others. We observed the ease of communication among focus group women, with one group even claiming that the data collection exercise was therapeutic in itself.

In individual interviews, however, young women spoke of stress in *externalizing* terms, such as expressing anger or frustration (17 and 13 mentions respectively), and acting-out behaviours that included self-harm (12 mentions). Self-harm is usually considered a male phenomenon. This raises the alert that women may be at risk for self-harm.

The young women, in contrast to the young men and the reports of youth-serving professionals, cited a broad array of stressors. The fact that young women on reserve are experiencing multiple stressors must be considered in any overall framework of stress amelioration. One telling comment was that young men did not have "constant stress," implying that the young women did.

There was considerable overlap in key stressors named by respondents across the three groups; the Youth Advisory Group also concurred with this list. All three groups recognized family problems (e.g., an absent parent, drugs or alcohol) as an important source of stress. Young women rated school stress higher than did young men. Both groups of young people named relationship issues with their friends, including boyfriends/girlfriends, as a considerable source of stress. Violence and abuse were mentioned only by young women, and drug and alcohol use only by young men.

One of the unexpected positive results of this study is that both male and female youth described their identity as Mi'kmaq and spoke of their background with considerable pride. This positive identity is a remarkable and precious advantage for this group of on-reserve youth and should be preserved and capitalized upon for building successful life pathways as they move towards adulthood. In contrast, several youth-serving professionals cited lack of identity as an intra-personal stress.

Impressions of reserve life by gender revealed quite rigid role definitions for men and women. Young men also gave the impression that they were less likely to be forgiven for their mistakes (rowdy behaviour, for example) than were young women, for whom pregnancy (often regarded as a mistake by youth and adults) was commonplace. Both groups agreed that economic factors, such as women as the main breadwinner, could overrule male gender dominance. Both groups also recognized that women were considered responsible for the family. Some youth-serving professionals said that girls talked about the pressure to take care of other children in the family.

■ Both male and female Mi'kmaq youth described their identity as Mi'kmaq and spoke of their background with pride. This remarkable and precious advantage should be capitalized upon.

School is a major stressor of young people and there was consistency among the respondent groups about the reasons for a young person leaving school. For young men, it was often because of difficulty doing schoolwork, for which they blamed themselves, and for young women, it was often pregnancy. Most focus group females qualified this response by adding that the young mothers had no child care, which made leaving school the only option. Pregnancy was unquestioned as an interrupter for female Mi'kmaq students. Youth-serving professionals thought pregnancy among teen women was inevitable and did not distinguish between planned, unplanned, wanted, and unwanted pregnancies.

Policy and Program Interventions

All groups we met with called for more culturally-relevant education to help Mi'kmaq female youth reduce stress, recover from stressful experiences, and generally improve their lives. An improved school environment—described as

one with less racism, less bullying, and more sensitive teachers—might also be achieved through on-reserve schools. Counseling and learning supports were also deemed necessary. Only the young women mentioned the need for young mothers to have access to babysitting in order to remain in school. Starting school at 10 a.m. might be considered as a strategy for school retention given the late night lifestyle of youth, and the universal sleep disturbances of youth.⁹ The Youth Advisory Group concurred with a late starting time for school, and stated that Mi'kmaq, not French, should be the second language taught in school.

Most proposals were gender-neutral and very few young people commented upon jobs or educational supports. While few long-term socio-economic strategies were suggested, or strategies that addressed the broad determinants of health, the research team also recommends these approaches.

NOTES

1. Mi'kmaq Health Research Group (Etter L, Moore C, McIntyre L, Rudderham S, Wien F). The Health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population. Sydney: Union of Nova Scotia Indians, 1999.
2. Royal Commission on Aboriginal Peoples. *Report on the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Volume 3, Gathering Strength*. Ottawa: Canadian Communication Group, 1996, 109.
3. Levitt C, Doyle-MacIsaac M, Grava-Gubins I, Ramsay G, Rosser W. Our Strength for Tomorrow: Valuing our Children. Part 7: Aboriginal Children. *Canadian Family Physician* 1998;44:358-362.
4. Canadian Council on Social Development. *The Progress of Canada's Children*, 1998. Focus on Youth. Ottawa: 1998.
5. Roberts RE, Roberts CR, Chen RY. Ethnocultural differences in the prevalence of adolescent depression. *American Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-110.
6. Isabel den Heyer and Fred Wien with the assistance of Jean Knockwood and Virick Francis. Mi'kmaq Students with Special Education Needs in Nova Scotia. Sydney: Mi'kmaq Kina'matnewey, 2001; First Nations Education Council. *Special Education Report*, First Nation Education Council. Quebec, 1992; First Nations Education Steering Committee/ First Nations Schools Association. *None Left Behind – Addressing Special Needs Education in First Nation Schools: A Proposal for Action*. North Vancouver: First Nations Education Steering Committee, 1997.
7. Beiser M, Sack W, Manson SM, Redshirt R, Dion R. Mental health and academic performance of First Nations and majority-culture children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998;68(3):455-467.
8. Minde R, Minde K. Socio-cultural determinants of psychiatric symptomology in James Bay Cree. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995;40(6):304-312.
9. Laberge L, Petit D, Simard C, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J. Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research* 2001;10(1):59-67.

MARGINALIZATION – BARRIER TO HEALTH

Violence and Self-Harm Among Women in Conflict with the Law

Cathy Fillmore, Colleen Anne Dell, Elizabeth Fry Society of Manitoba, funded by the Prairie Women's Health Centre of Excellence

There has been an alarming increase in the number of women in conflict with the law who harm themselves. A 1995 study found that a full 59% of women in Canada who were sentenced for federal offences have self-injured.¹ In our 2000 study, *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, we examined the connections among women who self-harm, critical events in the women's childhood and adult lives that preceded self-harm, and the women's position in the broader social structure. Although it is widely recognized that there is a link between childhood experiences of abuse and violence and self-harm, the linkages among self-harm, adult experiences of violence and abuse, and social position are frequently overlooked in the research literature.²

Our study found that adult experiences of violence and abuse—particularly partner abuse—were common among the women. An important finding is that some women linked abuse by their partners to self-harming behaviours and identified this abuse as a risk factor. Most of the women also shared a history of having grown up in highly unstable and unsupportive families and of being impoverished, both materially and socially. Another key finding of this study is that both Aboriginal and non-Aboriginal women said they benefited from and highly valued traditions from Aboriginal culture and said that these teachings should be incorporated into programs to address self-harm.

Data Sources

We interviewed 46 women with a history of being in conflict with the law, some of whom lived in the community and some of whom lived in correctional institutions. Aboriginal women made up 64% of the sample. (The remaining women identified as Caucasian (32%) and other (3%).) We conducted a focus group with six incarcerated women. We also interviewed nine staff members in community and correctional agencies. In addition to a survey of correctional

staff, we reviewed several community service and correctional institution policies and practices on self-harm.

For the data analysis, the narratives of the women in the community and in correctional institutions were combined because all of the women had a history of having been in conflict with the law, with the majority having experienced incarceration. Information gathered from community and correctional staff members was combined due to the limited number of staff respondents and the overriding similarity in responses between the two groups.

■ An important finding is that some women linked abuse by their partners to self-harming behaviours.

Based on the women's narratives, staff accounts, and a review of the interdisciplinary literature, we defined self-harm in this study as: Any behaviour, be it physical, emotional, social, or spiritual that a woman commits with the intention to cause herself harm. Self-harm is a means of coping with and surviving emotional pain and distress that is rooted in traumatic childhood and adult experiences of abuse and violence.

■ Women's self-harm cannot be abstracted from social contexts and structures.

Research Findings

In general we found that our respondents mirrored the profile of the female in conflict with the law in the Prairie region of Canada.³ The average age of the women was 31 years with a common educational level of grade 10. Most had relied upon social assistance at some point in their lives. Many of the women had been placed in various group and foster homes as youths. Most women revealed highly unstable and transient relationship patterns. The women had an average of two children, with the majority of the children in foster care, group homes, or adopted out.

The greatest likelihood of self-harm occurred when the women were in highly unstable and unsupportive families and adult partnerships. Such families were characterized by: frequent moving and intermittent or permanent placements in foster and group homes; absent, weak, or traumatic bonds with primary caregivers (especially the mother); unmet emotional and social needs; and childhood abuse and violence (sexual, emotional, physical, and neglect). In the women's adult relationships, abuse and violence, primarily by a partner, were common experiences.

Women in the community identified partner abuse, loss of and separation from their children, isolation, and loneliness as leading risk factors for self-harm. Similar risk factors were identified by incarcerated women, but with a stronger emphasis placed on traumatic recollections of past child abuse as a critical risk factor that was activated in prison.

The role of partner abuse has not been widely recognized in the research literature or in institutional and community responses to women's self-harm. Yet all of the women in this study (with one exception) had experienced violence and abuse as an adult, primarily by a partner. "With your spouse, you're too scared [to fight back] sometimes," one woman

said. "You've been hurt so many times, why not hurt yourself? 'There, I did it, you happy?'" The relationship between women's self-harm and partner violence is an important area requiring further investigation.

The women mentioned several functions of self-harm that enabled them to survive and cope with their unbearable feelings of emotional pain and distress. These functions included self-harm as a way of managing an abusive partner. However, several other important functions were identified: a need for attention and nurturing; self-punishment and self-blame; dealing with isolation and loneliness; distracting and deflecting emotional pain; release and cleansing of emotional pain; an opportunity to feel or bring oneself back to reality; an expression or communication of painful life experiences; and an act of control or power over oneself.

Most of the functions of self-harm identified by the staff in community and correctional agencies corresponded quite closely with those specified by the women. There were two main differences that should be noted. Staff minimized the importance of some of the functions identified by the women, such as to meet needs for attention and nurturing and as a response to isolation and loneliness. Another major difference was in the staff's interpretation of the women's self-harm as a form of manipulation and a way of getting staff to take control over them.

The women expressed a need for more opportunities to talk about and express their emotional pain and distress. In particular, they wanted greater recognition of their experiences of abuse and violence, both in the form of specific programs and in staff interactions. The women also felt a strong need to develop greater understanding and insight into their self-harming behaviours and to learn healthier and more empowering coping mechanisms.

The women said that Aboriginal approaches to healing were helpful and felt that these would be an effective component of programming on self-harm. This view was shared by the staff. Traditional Aboriginal programs were generally seen as offering a balanced and meaningful approach to self-recovery for women.

The women also emphasized that a harm reduction and protection planning approach was a more realistic and helpful response to self-harm. Their view was that many of the current practices to prevent self-harm are inappropriate. Research, in fact, has found that women are more likely to self-harm when preventative measures such as segregation are enforced.⁴ Punitive responses, such as restraints and segregation, may also re-traumatize women who have suffered experiences of childhood and adult violence.

It is important to note that the women in this study also demonstrated personal agency and a creative capacity for identifying alternatives to self-harming behaviour. The women wrote in journals and engaged in vigorous physical activity. Daily smudging (burning sage as a cleansing ritual) was used to attend to spiritual needs. The women also turned to friends and partners, sought individual counseling, group therapy, community programming, and community agency support. Volunteering, babysitting, and

other activities in which the women felt they were making a contribution were other resourceful responses.

Clearly, a holistic, woman-centered approach in policies and practices on self-harm is needed. This requires an account not only of women's unique personal histories and biographies, but also an understanding of the social antecedents of self-harm that are rooted in child and adult experiences of violence and abuse. Most importantly, women's self-harm cannot be abstracted from the social contexts and structures in which they live.

Following this study the Elizabeth Fry Society of Manitoba developed a brochure that suggests coping behaviors for women who are thinking of harming themselves. See below for contact information.⁵ A copy of the full report, *Prairie Women, Violence and Self-Harm* (2000), may be downloaded at www.pwhce.ca/pdf/self-harm.pdf or to order a copy contact:



**Prairie Women's Health
Centre of Excellence**
56 The Promenade
Winnipeg, MB
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tel: (204) 982-6630
Fax: (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

NOTES

1. Canadian Association of Elizabeth Fry Societies. Fact Sheet: Alternatives to Incarceration. Ottawa, 1995.
2. One important exception is Babiker G, Arnold L. *The Language of Injury. Comprehending Self-Mutilation*. Leicester: British Psychological Society, 1997.
3. Adelburg E, Currie C (Eds.). *In Conflict with the Law. Women and the Canadian Justice System*. Vancouver: Press Gang Publishers, 1993;50-75; Elizabeth Fry Society of Manitoba. Attending to the Needs of Manitoba Women in Conflict with the Law. Position paper. Winnipeg, 2000.
4. Dobash RE, Dobash R, Gutteridge S. *The Imprisonment of Women*. New York: Blackwell, 1986. Cited in Joanne Martel. *Solitude and Cold Storage*. Edmonton: Elizabeth Fry Society, 1999; Kershaw A, Masovich M. *Rock-A-Bye-Baby. A Death Behind Bars*. Toronto: Oxford Press, 1996.
5. Contact: Elizabeth Fry Society of Manitoba, 773 Selkirk Avenue, Winnipeg, MB R2W 2N5, Tel: (204) 589-7335, Fax: (204) 589-7338.

The True Name of Her Condition

This article contains highlights from a study by the Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc., which was funded by the Prairie Women's Health Centre of Excellence.

The traumatized person is often relieved simply to learn the true name of her condition. By ascertaining her diagnosis, she begins the process of mastery.

~ Judith Lewis Herman¹

Between 1991 and 1996, over 4,000 women immigrated to Saskatchewan.² Among these were women from war-torn countries or countries where there has been high risk of exposure to incidents of extreme trauma, sexual violence, and disasters such as earthquakes, floods, and droughts. In themselves these experiences could produce a syndrome known as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), but research has shown that, in addition, the process of migration and the experience of settling in Canada adds to the distress and trauma.³ Our study of Post Traumatic Stress Disorder illuminates some of the barriers that immigrant, refugee, and visible minority women in Saskatchewan face in self-identifying or receiving a diagnosis of PTSD and healing from it.⁴

Most significantly we found that a complex set of barriers prevented the identification of PTSD in the women who suffered from it. A lack of sufficient training in the English language and a lack of knowledge about PTSD meant that most of the 20 women in the study group did not know “the true name of her condition.” Some women reported an exacerbation of symptoms as a result of experiences of racial discrimination, professional decertification, and other consequences of settlement in Canada. Of the women who had sought help from physicians, some reported encounters in which their symptoms were ignored or trivialized. While there appeared to be strong theoretical knowledge of PTSD among the one general practitioner and four psychiatrists we interviewed, they reported that they had worked with few immigrant or refugee women in the province.

Because one objective of the research was to gather information about the experiences of Aboriginal women with

PTSD in order to recognize parallels with immigrant and refugee women and build partnerships, we also interviewed Aboriginal women. Only two, however, participated in our study. It was through our interviews with mental health professionals and service providers that we learned that there are strong links between Aboriginal, immigrant, and refugee women and PTSD. This finding warrants further research.

What is PTSD?

Before a diagnosis of PTSD is given by a psychiatrist or psychologist (based on the description in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)), sufferers must display at least one of the following symptoms:⁵

- recurrent and intrusive distressing recollections of the event;
- recurrent distressing dreams;
- dissociative episodes (flashbacks);
- intense psychological distress at exposure to events that symbolize or resemble the traumatic event.

It's important to note that PTSD is not the equivalent of being mentally ill. “The problem does not originate within the individual's personality, but rather that an external event has created lasting, but not incurable, symptoms or reactions.”⁶

Those who seek treatment for PTSD are often misdiagnosed. Therapists may focus on presenting problems such as eating disorders, depression, and substance use.

Research Findings

While PTSD may have a devastating impact on the lives of sufferers, many avoid treatment. The immigrant and refugee women in our study confirmed this. They reported that, within their countries of origin and cultural communities,

there is a stigma associated with sexual violence that silences sufferers. There is also a stigma associated with having mental health problems and using services for such problems.

Of the twenty women who participated in our study, only five had been diagnosed with PTSD by a professional. These women, and others who found out about PTSD in other ways, described the relief they felt upon learning about the syndrome. "A liberating experience," is how one woman described it. Another said, "Actually, I thought I was going crazy...when I started going to this counselor she gave me a book to read...that helped me." Knowledge about PTSD played a major role in the women's healing journeys. But it was only the women who had the most well-developed English language skills who were able to use media and services that provided them with the information they needed. This point was raised by virtually everyone we interviewed in the study: the lack of ability to communicate in English poses a significant obstacle to immigrant and refugee women's abilities to identify and address their problems.

The women described diverse traumatic events and symptoms of PTSD. Witnessing violence, torture, disaster, or living in situations of extreme violence were common. Experiences of PTSD included fear, panic attacks, nightmares, memory loss, flashbacks, sadness, loneliness, depression, and suicidal ideation. Three women also expressed fear for their children who had been traumatized by war and by the process of migration and settlement. One woman described her eleven-year-old daughter, "Every night. She's still dreaming about Kosovo, how the war it was in Kosovo."

For some women, symptoms of trauma became enmeshed with the day-to-day struggle of adapting to a new

environment, often without language skills, community, or family support. Four women described experiences of racism and discrimination in Canada. One woman had lost her job because of her language skills, another related that people teased her about how she spoke, and another said she had suffered verbal abuse, including "racial comment." Some women could not find work because their professional certifications were not recognized in Canada. For them living in Saskatchewan meant a loss of status, job, and career.

Of the women who had sought help, four noted that their physicians were not helpful. "I read something about this doctor," one woman recounted. "So I went to see him and said—you know it was like an act of desperation—like 'I am not doing well. I just want to see what you can do for me.'...And he looked at me and said..., 'Well, I can't understand why you haven't gotten over this...you should see people from El Salvador coming here. They were mutilated and everything.'...I was devastated because that increased my feeling of guilt and ...those were the feelings I had to deal with the most, you know, the guilt of having to survive."

More positive experiences resulted from contact with service providers in community-based organizations. In particular, women who used those services were appreciative when there were drop-in programs with other immigrant and refugee women. Knowing other women shared their response to traumatic events was greatly comforting.

The psychiatrists we interviewed expressed a strong empathy and openness to working with the immigrant population, but they had little opportunity to do so because few members of that population attend mental health services. Service providers also stressed that they were learning much

■ A complex set of barriers prevented the identification of PTSD in the women who suffered from it.

■ “[The doctor] looked at me and said, ‘Well, I can’t understand why you haven’t gotten over this...you should see people from El Salvador coming here.’”

about PTSD from their interaction with Aboriginal women. They described the large numbers of Aboriginal women they were seeing who had been subject to, as one psychiatric nurse noted, “a lifetime” of “all types of abuse.” They suggested that this learning might be useful when addressing similar issues with immigrant and refugee women.

Recovery from PTSD will be facilitated when health services, and programs aimed at serving immigrant and refugee women, integrate awareness of PTSD into their staff training and service programs. We also recommend that adequate funding be allocated for ESL programs for immigrant and refugee people coming to Saskatchewan. Finally, further research is needed to discover the links and differences between immigrant and refugee and Aboriginal women who

suffer from PTSD in order to develop partnerships, programs, and services that best suit their needs.

A copy of the full report, *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women* (2001), may be downloaded at www.pwhce.ca/research.htm#immig or to order a copy contact:



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE

**Prairie Women's Health
Centre of Excellence**
56 The Promenade
Winnipeg, MB
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tel: (204) 982-6630
Fax: (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

NOTES

1. Lewis Herman J. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1996;158.
2. Statistics Canada. Census of Canada, 1996. Nation Series. Immigration and Citizenship. Immigrant population by citizenship (8) and sex (3) showing period of immigration for Canada. Ottawa, 1996.
3. While migration alone may not threaten mental health, other related risk factors, including negative public attitudes, do affect the health of immigrants. See Canadian Task Force on Mental Health Issues. After the door has opened: Mental health issues affecting immigrants and refugees in Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1988.
4. Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc. *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women*. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2001.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington, 1980.
6. Miller D. *Women Who Hurt Themselves. A Book of Hope and Healing*. New York: Basic Books, 1994;172.

STUDYING DIVERSITY IN THE COMMUNITY

Queer Women's Health Research: Methodological Questions

Jacquelyne Luce, Social Science and Humanities Research Council Postdoctoral Researcher, Institute for Women's Studies and Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster, England, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health¹

During the late 1990s images of pregnant and parenting lesbian/bi/queer² women appeared increasingly in news stories, advice columns, comic strips, television sitcoms, and feature films. Yet, as a graduate student in anthropology with a passion for reproductive health research and as a queer wanna-be parent, I wondered about lesbian/bi/queer women's experiences of trying to get pregnant and/or trying to become parents. Between March 1999 and October 2000, I conducted ethnographic fieldwork, primarily in British Columbia, on lesbian/bi/queer women's experiences of trying to get pregnant or become parents over the past twenty years. I participated in events and activities within queer and health service "communities" that were related to reproductive health, parenting, and same-sex rights legislation. Travelling to various cities, towns, and rural regions of British Columbia, I interviewed 80 lesbian/bi/queer women about their experiences of choosing donors, mail-ordering sperm from American sperm banks, using fertility drugs, experiencing miscarriages, getting pregnant, and having difficulties conceiving. Some of my experiences and findings based on research I conducted in smaller communities were published in *Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health* (2002). In that report I integrated some of my fieldwork reflections with the stories

of women I interviewed. Here I revisit three of the narratives originally published in that report to explore some of the methodological questions that were raised in the process of doing queer women's health research.

March 1999, Vancouver: *The taxi driver picked me up outside of my apartment building on Commercial Drive. I was on my way to Prince George to begin my fieldwork. As we drove up Commercial and then Victoria Street, the driver commented on the change in the neighbourhood. "It used to be," he said, "that you wouldn't be caught in this area unless you were a screaming faggot."*

A significant body of research on "lesbian health" has emerged over the past two decades. Most of this research focuses on lesbians' encounters with health professionals in institutional health care settings and consistently identifies homophobia, heterosexism, and invisibility as barriers to lesbians' access to health care.³ In my study I was interested in exploring lesbian/bi/queer women's experiences of assisted conception and reproductive health in the context of everyday life. How did women negotiate the meanings of health, choices about donors, and perceptions of risk in relation to their experiences as lesbian/bi/queer women living in large urban centres, small rural communities, and

■ I was surprised by the absence of researchers' experiences of homophobia in written reports. Yet I found myself bracketing off various encounters and refusing those experiences entry into the frame of my analysis.

■ “Being in the field is more a matter of looking and listening in particular anthropological ways, rather than being in particular kinds of places.”

northern cities? The process of doing this research raised new methodological questions for me about the meaning of constructing boundaries between personal and professional experiences. Writing about doing research on midwifery in Ontario, Margaret MacDonald reflects, “Being in the field is more a matter of looking and listening in particular anthropological ways, rather than being in particular kinds of places.”⁴ Anthropology, then, is a perspective, a lens through which to view the world. One’s fieldsite can become everywhere, everything. However, it was through the practice of focusing an anthropological and ethnographic lens on everything that I realized there were experiences that I didn’t want to deal with and didn’t want to analyze. Prior to beginning my fieldwork, I was surprised by the absence of researchers’ experiences of homophobia in written reports. Yet I found myself bracketing off various encounters, like the one with the taxi driver above, and refusing those experiences entry into the frame of my analysis.

September 1999. Pride Day, Prince George: *I’m holding Samantha’s one-year-old daughter. I see a number of people I recognize from my previous fieldtrip...Samantha looks around at the thin crowd. “I really hope more people come,” she says. “This can be really scary.”...The emptiness of the sidewalks startles me. Occasionally a few people stop to watch. A few people clap.*

In “Agendas for Lesbian Health,” Jennifer Terry reminds us of the energy it takes to make topics such as lesbian health issues our subjects of study.⁵ Her remarks emphasize the need for lesbian health researchers to recognize how encounters with homophobia and heterosexism in the stories of research participants, the everyday practices of

doing research, and our own daily lives, impact our own health and well being. When I initially arrived in Prince George, another anthropologist commented that perhaps research like ours begins the moment we step out the front door. Perhaps. As a researcher, it was much easier to talk about constructions of queerness and discrimination in relation to women I interviewed and by drawing on experiences that I shared with them. I could engage with discrimination against lesbian/bi/queer women through my re-telling of *their* stories. However, the experiences of homophobia and discrimination that I encountered over the course of my fieldwork were relegated to the periphery of my study and marginalized as “data.”

September 2000, Duncan: *A woman standing in front of a hair salon watches me tack a poster about my project onto the community bulletin board. I cross the street to see if she knows anyone who might like to share their story. Reading the poster, the woman nods. “I know a few people who might know someone.” “Great. Could you please pass on the flyer?” The woman shakes her head, “No. In my line of work I just can’t do that.” I know that I am supposed to nod in understanding. But I don’t.*

I wanted to interview women who accessed services but did not come out to providers, women who became pregnant by self-insemination or physician-assisted insemination, women who had had sex with men to get pregnant, and women who had not been able to conceive. In order to do so I needed to tell as many people as possible about my project. This often meant asking strangers for permission to post flyers about my study in public places such as grocery stores, libraries, dental practices, and cafés. It meant placing my posters next to those

advertising "Heterosexual Pride Day." And, when people asked me "What do you do?", I would tell them about my project. I often found myself answering "straight" people's questions about lesbians and listening to homophobic perspectives on lesbian parents. Some people, like the woman above, implied they were unwilling to pass on the poster for their own protection, while many others expressed that they didn't want to offend women they thought might be interested in doing an interview by passing on information about a project about lesbian/bi/queer women. In many ways lesbian health research is hindered by practices that maintain the so-called invisibility of lesbian/bi/queer women in the name of protection. My refusal to render lesbian/bi/queer women invisible in the poster information, descriptions about my research, and funding proposals became my way of countering the normative expectation that sexuality or sexual identification is a private matter.

Just as homophobia, heterosexism, and invisibility can obstruct lesbians' access to health care, they can also inhibit research on queer women's health issues. Women I interviewed employed numerous strategies to maintain their health in the face of everyday heteronormativity. My own strategic reframings of my research, and what counts as data, also provide a means of maintaining my own health. By reincorporating experiences such as those described above

within the frame of analysis, I hope to establish a basis for thinking through some of the methodological questions facing queer health researchers and for developing various initiatives to support research on lesbian, bisexual, and queer women's health.

For a full account of this study see Luce, Jacquelyne. *Queer Conceptions: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Reproduction and the Politics of Kinship* (unpublished doctoral dissertation), Department of Social Anthropology, York University, Toronto, 2002.

A copy of the report, *Making Choices/Taking Chances: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health* (2002), may be downloaded at www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdflist2.htm or to order a copy contact:



British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health

British Columbia Centre of
Excellence for Women's Health
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver, BC Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tel: (604) 875-2633
Fax: (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

NOTES

1. This project was funded by the Gay and Lesbian Medical Association Lesbian Health Fund, the Agency for Healthcare Research and Quality (R03HS11266-01), the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, the Social Science and Humanities Research Council, and York University.
2. My use of the term "lesbian/bi/queer" throughout this article is meant to disrupt the sometimes static meanings of "lesbian," "bisexual," or "queer." Many women who participated in my study rejected various labels, used "identification" interchangeably, or reserved certain words for particular places and environments.
3. Stevens P. Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care for Women International* 1992;13:91-120; Solarz A (Ed.). *Lesbian Health: Current Assessment and Directions for the Future*. Washington: National Academy Press, 1999.
4. MacDonald M. Expectations: The cultural construction of nature in midwifery discourse in Ontario [unpublished doctoral dissertation]. Toronto, ON: York University, 1999; 20.
5. Terry J. Agendas for Lesbian Health: Countering the Ills of Homophobia. In Clarke A, Olesen V (Eds.) *Revising Women, Health and Healing: Feminist, Cultural, and Technoscience Perspectives*. New York: Routledge, 1999.

STUDYING DIVERSITY IN THE COMMUNITY

Peer Research in the Sex Trade

How does public policy affect the health and safety of sex workers? Frances Shaver of Concordia University and Jacqueline Lewis and Eleanor Maticka-Tyndale of the University of Windsor secured funds from the Social Science and Humanities Research Council to study this question. With the support of the National Network on Environments and Women's Health, they held workshops and developed The Sex Trade Advocacy Research Workbook to train sex trade workers as research assistants for the study.

Frances Shaver spoke to Leslie Grant Timmins of the Research Bulletin.

In the short run, even in the long run, the status quo and the law on sex trade work are not going to change. We're not going to move into decriminalization, for example. In the meantime, given the state of law, what can we do to ensure the safety and well being of women and men and transgendered people involved in the sex trade? That's the focus of this study. We're interested in the extent to which people in the sex trade have access to health services, social services, retraining services, education—things that those of us who are less marginalized and stigmatized take for granted.

Sex trade workers are disenfranchised: they rarely have the benefits and protections available to other workers through labour legislation. In our study some of the questions focus on work issues. We're asking sex workers for recommendations about how they can make their work safer and what others might do to make it safer.

Our study population includes women and men and transgendered people who work as exotic dancers, escorts, and in the street trade. We're interested in exploring the diversity of jobs within the sex industry and in collecting data about the diversity of workers, rather than in reinforcing a single portrait. The stereotype is the street prostitute—the poor victimized woman or girl with a background of physical or sexual abuse, some kind of drug

dependency, and an abusive boyfriend or pimp. This profile represents only a small segment of the people I've met in the field. Unfortunately, good comparative data about these different groups or about the variety of forces that lead people into prostitution are hard to find. The data we're collecting now are designed to bring out similarities and differences that may exist in terms of access to services. Some sex workers are quite well established. They may own their own home and those who do certainly have access to health services. They're still subject to the same stigma about their work, however.

We hired and trained people who are, or have previously been, sex trade workers to recruit and interview respondents. We're working closely with our community partners, the Exotic Dancers' Alliance of Ontario, Stella Montreal, and Maggie's Toronto. Why did we take this approach? Because we felt it would enhance the quality of the data to be collected. Community partners provide a different perspective and it increases the synergy of ideas and resources when you work in close collaboration with them. We can also offer a choice to respondents: do you want to be interviewed by a sex worker or another member of the team? And particularly when researching the sex trade people say, "Well, who are you? You drop in here and disappear after asking these questions." By hiring and training sex trade

■ It enhances the data and increases the synergy of ideas when you work in close collaboration with community partners.

workers it allows us to give back to the community in a very real way, in terms of research experience, more understanding of how research operates, and employment.

There are always challenges in academic-community research partnerships, it doesn't just occur when working with sex trade workers. Time wise it's a very costly way to do research. You spend a lot of time with your partners building and maintaining trust. There are questions about things I might take for granted, such as what reporting means, the difference between lay and academic articles, confidentiality and anonymity. There are also ethical tensions about whether one can be both a subject and a researcher. Does the research assistant know the person they're interviewing? There's a risk involved in interviewing a friend in terms of getting accurate information. We address this in the training. Another concern arises when something goes wrong. I see it as exciting—at least intellectually—and think we learn as much from failure as from when things go well. But to community partners and student assistants, this can be threatening.

In Montreal we were able to find and train several research assistants from the industry to work with us. In Toronto, we were less successful. I'm not sure why. Perhaps because in Toronto many of the people who came to the workshop for training were also key activists within their community organizations. The majority of those who attended the Montreal workshop were not involved in the regular activities of the community organization they represented.

I'd like the community research assistants to be involved in data analysis, but there's very little money left to pay non-students. I want to involve them because they can help point out where we might be misinterpreting or concluding inappropriately. Even to the extent of pointing out that the language we use may type or marginalize the respondents. Their involvement may also create tensions—the data could reveal something different than their own personal experience has shown them. This provides for more synergy and becomes another part of our ongoing training. I do know that the sex workers we have hired and our contacts at our community partner, Stella, in Montreal will want to look at the data, contribute to its analysis, and provide input to the final reports.

From academic colleagues, but also in the media, when I'm presenting findings about sex trade workers there are other challenges. People call in to a radio show, for example, and say to you, "*They're* not going to tell you the truth. They're not going to be honest about their drugs, their illegal activities, their pimps." I always have to do enormous work to ensure that nobody can challenge the validity of the data. This is because facts are a poor eraser for the emotional baggage coupled with the stereotyped profile of "the prostitute" and are often the first aspect of the study to be challenged.

■ Community partnership is highly valued by funders but at the same time it's under-funded.

Would the manual for training research assistants be different if secretaries were the study group? Probably not. What has to be built into this project is acclimatizing people to this particular study environment. Acclimatizing the students who are working on the study, who have never been in a strip club and have to learn how to go in there and get permission from the owner or manager to put up recruitment posters. Acclimatizing to get rid of stereotypes about how one feels about people involved in the sex trade. The sex workers who come for training have to learn what research is about, what the budgets involve, how to negotiate within an unfamiliar academic environment. Both have to learn how to recruit participants and conduct interviews with a hidden population.

The subject matter and collaborative method bring up other issues. For example, the sex trade workers who are conducting the interviews already know all this stuff and so they tend not to probe for more information. Students don't

Beyond Inclusion

by Wanda Thomas Bernard

In women's health research, moving beyond inclusion means establishing research agendas that specifically deal with diversity and integrating an analysis of the impact of diversity on any particular issue under study. I use the term "diversity" to refer to the cultural, racial, and social differences that mark off the oppressed or marginalized: for example, poor people, Aboriginal people, people of colour, persons with disabilities, gay, lesbian, bisexual and transgendered people, and women. The term also refers to diversity within these groups. Understanding diversity means moving beyond awareness and analysis of the dynamics of oppression and marginalization, toward appropriate social change and social action.

Action means sharing individual and collective power in health research and health care and using power and privilege to effect change. It means a major paradigm shift in the way we think about diversity, moving from a position of "adding on" diversity to making diversity a central component of one's work.

Women's health researchers and advocates need to ask tough questions about their own organizations: What communities do they serve? Do agency programs, services, policies and procedures reflect this diversity? Who is and who is not sitting at the table with us, and what can we do to get those who are missing there?

Wanda Thomas Bernard is Director of the School of Social Work, Dalhousie University, and a member of the Black Women's Health Network. "Beyond Inclusion" can be read in its entirety in *Race, Ethnicity and Women's Health* (2002). For a copy, contact:



Atlantic Centre of Excellence
for Women's Health
P.O. Box 3070
Halifax, NS Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/acewh
Tel: (902) 470-6725
Toll Free: 1-888-658-1112
Fax: (902) 470-6752
acewh@dal.ca

probe either, but this is because they are shy or tend to feel it is disrespectful. So probing is a skill we continue to address in our ongoing training sessions.

It's exciting to be involved in a collaborative academic-community partnership, but it's also very, very time-consuming. Community partnership is highly valued by funders but at the same time it's under-funded. We need to educate stakeholders. We need to ensure there are monies to pay our community partners for their contribution. We need our institutions to recognize the practical work we do (write reports for lay people, for example). Currently we receive very modest kudos in the academic world for these reports and they don't count toward promotion. In addition, our community partners may ask us to help write a press release, or design a small survey, or write a letter to the editor, or respond to a government report, get involved with whatever they're doing to promote their concerns. These activities are essential. They add time to the research process, but rarely count in our institutions. Those involved in community-academic partnerships are developing a different kind of knowledge—we're both building our capacity—but we need appropriate funding and more realistic time frames if we are to continue to excel at this type of research.

This study will produce pamphlets in hard copy and on the Internet for sex workers about how to improve safety and health while working. It will also produce reports for policy makers and frontline organizations on how their organizations affect safety and health for sex workers and how this can be improved. To download or order a copy of *The Sex Trade Advocacy Research Workbook* go to www.yorku.ca/nnewh/.



National Network
on Environments and
Women's Health

National Network on Environments
and Women's Health
Centre for Health Studies
York University
4700 Keele Street
Suite 214 York Lanes
Toronto, ON Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tel: (416) 736-5941
Fax: (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

Au-delà de l'inclusion

par Wanda Thomas Bernard

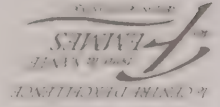
Selon les recherches sur la santé des femmes, aller au-delà de l'inclusion signifie établir des programmes de recherche qui

s'interessaient particulièrement à la diversité et intégrer une analyse de l'incidence de celle-ci sur tout point précis à l'étude. J'utilise le terme «diversité» pour désigner les différences culturelles, raciales et sociales qui distinguent les opprimé-e-s ou les marginalisé-e-s comme par exemple, les pauvres, les Autochtones, les gens de couleur, les personnes handicapées, les gays, les lesbiennes, les bisexuel-le-s, les personnes transgenres et les femmes. Ce terme renvoie aussi à la diversité au sein de ces groupes. Pour comprendre la diversité, on doit dépasser la sensibilité à la dynamique de l'oppression et de la marginalisation et de son analyse, pour se diriger vers une démarche et un changement sociaux pertinents.

La démarche consiste en un partage du pouvoir individuel et collectif dans les domaines de la recherche sur la santé et des soins de santé, ainsi qu'en l'utilisation du pouvoir et des privilèges pour apporter des changements. Cela exige un important changement de paradigme dans la façon dont nous percevons la diversité, pour ne plus seulement «augmenter» cette dernière, mais pour en faire un élément central de notre travail.

Les chercheur-tr-ces en santé des femmes et les défenseurs des droits de celles-ci doivent poser des questions difficiles quant à leurs organismes : quelles collectivités servent-ils? Les programmes, les services, les politiques et les méthodes des organismes reflètent-ils la diversité? Qui est assis à la table avec nous, qui ne l'est pas et que pouvons-nous faire pour susciter l'intérêt de ceux qui en sont absents?

Wanda Thomas Bernard est directrice de la School of Social Work de la Dalhousie University et membre du Black Women's Health Network. On peut lire la version intégrale de «Au-delà de l'inclusion» («Beyond Inclusion») dans *Race, Ethnicity and Women's Health* (2002). Pour en obtenir un exemplaire, il suffit d'en faire la demande en communiquant avec :



Centre d'excellence pour la santé
des femmes - région de l'Atlantique
C.P. 3070 Halifax (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/acewh
Tél. : (902) 420-6725
Numéro sans frais : 1 888 658-1112
Télé. : (902) 420-6752
acewh@dal.ca



Réseau pancanadien
sur la santé des femmes
Pièce 214 York Lanes
4700, rue Keele
Université York
Centre for Health Studies
santé des femmes et le milieu
Réseau pancanadien sur la
santé des femmes et le milieu
à l'adresse suivante : www.yorku.ca/nnewh/.

un rapport du gouvernement, à participer à tout ce qu'ils font pour promouvoir leurs intérêts. Ces activités demeurent essentielles et si elles prolongent le processus de la recherche, elles comptent rarement aux yeux des institutions. Ceux et celles qui participent aux partenariats communautaires-universitaires acquièrent un type de connaissances différent (nous perfectionnons nos aptitudes), mais nous avons besoin de fonds suffisants et de délais plus réalistes pour pouvoir continuer à exceller dans ce genre de recherche.

La présente étude prévoit la production de brochures papier et dans Internet à l'intention des travailleur-tr-ces du sexe pour améliorer la sécurité et la santé au travail. On produira également des rapports destinés aux décideur-tr-ces et aux organismes de première ligne sur la façon dont les organismes peuvent influencer sur la sécurité et la santé des travailleur-tr-ces du sexe et sur les améliorations qu'on peut y apporter. Pour télécharger ou commander un exemplaire du *Cahier d'atelier de Défense du travail du sexe et projet de recherche*, il suffit de consulter le site à l'adresse suivante : www.yorku.ca/nnewh/.

www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télé. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

de négocier dans un milieu universitaire inconnu. Tous-tes doivent apprendre à recruter des participant-e-s et à mener des entrevues auprès d'une population occulte.

Le sujet et la méthode de collaboration soulèvent encore d'autres points. Ainsi, les travailleur-se-s du sexe qui dirigent une entrevue savent déjà toutes ces choses et ont tendance à ne pas pousser l'enquête pour obtenir de plus amples renseignements. Les étudiant-e-s n'approfondissent pas non plus, mais c'est par timidité ou par crainte de manquer de respect. L'approfondissement reste donc une aptitude que nous abordons dans les séances de formation continue.

Par ailleurs, mes collègues universitaires, de même que les médias, posent d'autres obstacles lorsque je présente des conclusions sur les travailleur-se-s du sexe. Les gens appellent à une émission de radio, par exemple, et affirment «*Il ne vont pas vous dire la vérité. Ils ne répondront pas honnêtement au sujet des drogues, des activités illégales et des proxénètes*». Il me faut toujours fournir une somme de travail immense pour assurer que personne ne puisse contester la validité des données. Cela vient de ce que les faits suffisent médiocrement à effacer le bagage émotionnel qui est lié au profil stéréotypé du-de la «*prostituée*» et sont souvent la première facette mise en doute dans l'étude.

Le manuel de formation des adjoin-t-e-s à la recherche serait-il différent si le groupe d'étude était constitué de secrétaires? Probablement pas. Ce qu'il faut inclure dans ce projet est un moyen d'habituer les gens à ce milieu de recherche particulier. Habituer les étudiant-e-s qui collaborent à l'étude, qui n'ont jamais mis les pieds dans une boîte de danseur-se-s et qui doivent apprendre la façon d'y entrer et d'obtenir la permission du propriétaire ou du gérant pour poser des affiches de recrutement. Habituer les gens à se débarrasser des stéréotypes concernant leur opinion sur les travailleur-se-s du sexe. Les travailleur-se-s du sexe qui viennent recevoir la formation doivent apprendre en quoi consiste la recherche, ce que signifient les budgets, la façon

■ Les bailleurs de fonds accordent une grande importance au partenariat communautaire, mais ce dernier manque, en même temps, de financement.

Le partenariat de collaboration universitaire-communautaire demeure passionnant, mais prend aussi beaucoup de temps. Les bailleurs de fonds accordent une grande importance au partenariat communautaire, mais ce dernier, manquant en même temps, de financement. Il faut éduquer les intervenant-e-s. Il faut assurer qu'il y ait des fonds pour payer la participation des partenaires de la collectivité. Il faut que les institutions reconnaissent les travaux pratiques que nous accomplissons (en rédigeant par exemple des rapports pour les profanes). Nous ne tirons présentement que peu de prestige de ces rapports dans le milieu universitaire et ils ne comptent pas pour nous procurer de l'avancement. En outre, les partenaires communautaires nous demandent parfois de les aider à préparer un communiqué de presse, à concevoir un court sondage, à écrire une lettre à un rédacteur, à répondre à

■ On améliore les données et on intensifie la synergie des idées lorsqu'on collabore de près avec des partenaires de la collectivité.

passionnant, du moins intellectuellement, car je pense que nous apprenons autant de l'échec que de la réussite, mais aux yeux des partenaires de la collectivité et des adjoins à la recherche, cela peut sembler menaçant.

À Montréal, nous avons pu trouver dans l'industrie plusieurs adjoins à la recherche et les former pour qu'ils-elles travaillent avec nous. À Toronto, nous avons eu moins de succès, et j'ignore pourquoi exactement. Peut-être parce qu'à Toronto, beaucoup des gens qui venaient à l'atelier pour recevoir la formation étaient aussi des activistes importants dans leurs organismes communautaires. La majorité de ceux-elles qui assistaient à l'atelier de Montréal ne participaient pas aux activités régulières de l'organisme communautaire qu'ils-elles représentaient.

J'aimerais que les adjoins à la recherche de la collectivité prennent part à l'analyse des données, mais il y a très peu de fonds pour payer des non-étudiants-és. Je veux les faire participer, car ils-elles peuvent contribuer à nous montrer nos erreurs d'interprétation ou de conclusion, et même nous indiquer si le langage employé est susceptible de taper ou de marginaliser les répondants-és. Leur participation pourrait également créer des tensions, afin que les données révèlent autre chose que ce que leur propre expérience leur a montré. Cet aspect accroit la synergie et devient un autre élément de la formation continue. Je suis persuadée que les travailleur-ses du sexe de notre partenaire de la collectivité, Stella, à

répondant-és : voulez-vous être questionné-e par un-e travailleur-se du sexe ou par un autre membre de l'équipe? En particulier dans la recherche touchant le travail du sexe, les gens du milieu demandent «Et qu'en êtes-vous? Vous débarquez ici et disparaissiez après avoir posé vos questions.» En engageant et en formant des travailleur-ses du sexe, nous pouvons apporter quelque chose à la collectivité de façon très réelle en ce qui concerne l'expérience de la recherche, une meilleure compréhension du fonctionnement de la recherche et l'emploi.

Le partenariat de recherche universitaire-communautaire présente toujours des défis, pas seulement lorsqu'on collabore avec des travailleur-ses du sexe. Au point de vue du temps, c'est une manière très coûteuse de faire de la recherche. On passe beaucoup de temps avec les partenaires pour acquiescer et conserver leur confiance. On pose des questions sur des éléments que je pourrais tenir pour acquis, tels que la signification de compte rendu, la différence entre un article pour profanes et un article pour universitaires, entre la confidentialité et l'anonymat. Il existe aussi des tensions éthiques quant à savoir si une personne peut être à la fois un sujet et un-e chercheur-se. L'adjoins à la recherche connaît-il-elle la personne interrogée? Toute entrevue menée auprès d'un-e ami-e comporte un risque lié à l'exactitude de l'information obtenue. Nous abordons ce point dans le cadre de la formation. Une entrevue qui tourne mal peut soulever un autre problème. Je considère cela

Recherche effectuée par les pairs sur le travail du sexe

De quelle façon les politiques publiques influencent-elles la santé et la sécurité des travailleu-r-se-s du sexe? Frances Shaver de l'Université Concordia ainsi que Jacqueline Lewis et Eleanor Matlicka-Tyndale de la University of Windsor ont obtenu des fonds du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour étudier cette question. Avec l'appui du Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, elles ont animé des ateliers et élaboré le Cahier d'atelier de Défense du travail du sexe et projet de recherche pour former des travailleu-r-se-s du sexe comme adjoin-t-e-s à la recherche dans le cadre de l'étude.

Frances Shaver s'est entretenue avec Leslie Grant Timmins, du Bulletin de recherche.

À court terme, et même à long terme, le statu quo et la loi sur le travail du sexe ne changeront pas. Nous n'allons pas entreprendre de décriminalisation, par exemple. Pour l'instant, étant donné l'état du droit, que pouvons-nous faire pour assurer la sécurité et le bien-être des femmes, des hommes et des personnes transgenres qui prennent part au travail du sexe? Voilà le point central de la présente étude. Nous nous intéressons à la mesure dans laquelle les travailleu-r-se-s du sexe ont accès aux services de santé, aux services sociaux, aux services de recyclage professionnel, à l'éducation, éléments que ceux-celles d'entre nous qui sont moins marginalisé-e-s et stigmatisé-e-s tiennent pour acquis.

Les travailleu-r-se-s du sexe sont privé-e-s de droits : ils-elles profitent rarement des avantages et des mesures de protection offerts aux autres travailleu-r-se-s en vertu de la loi sur le travail. Dans notre étude, certaines questions portent sur les problèmes du travail. Nous demandons aux travailleu-r-se-s du sexe des recommandations sur ce qu'ils-elles pourraient faire pour rendre leur travail moins dangereux et sur ce que les autres pourraient faire dans ce même but.

L'échantillon de l'étude comprend des femmes, des hommes et des personnes transgenres qui travaillent comme danseu-r-se-s exotiques, escortes et dans la prostitution de la rue. Nous tentons d'examiner la diversité des emplois de l'industrie du sexe et de recueillir des données sur la diversité

des travailleu-r-se-s plutôt que de renforcer un seul portrait. Le stéréotype correspond à la prostituée de la rue, pauvre femme ou fille victimisée qui a des antécédents de violence physique ou sexuelle, une forme quelconque de pharmacodépendance et un petit ami ou un proxénète violent. Ce profil ne représente qu'un segment réduit des gens que j'ai rencontrés sur le terrain. Malheureusement, les bonnes données comparatives sur ces différents groupes ou sur la variété des forces qui poussent les gens à la prostitution sont difficiles à trouver. Les renseignements que nous recueillons actuellement visent à dégager les ressemblances et les différences pouvant exister dans l'accès aux services. Certain-e-s travailleu-r-se-s du sexe sont très bien établi-e-s. Ils-elles peuvent même être propriétaires de leur maison et dans ce cas, ont certainement accès aux services de santé. Cependant, ils-elles demeurent sujet-te-s au même stigmat

Nous avons engagé et formé des personnes qui travaillent ou ont travaillé dans le travail du sexe pour recruter et interroger les répondant-e-s. Nous collaborons de près avec nos partenaires de la collectivité, soit la Exotic Dancers' Alliance of Ontario, Stella Montréal et Maggies Toronto. Pourquoi adopter cette approche? Parce que nous pensions améliorer ainsi la qualité des données. Les partenaires de la collectivité offrent en effet un point de vue différent et l'on intensifie la synergie des idées et des ressources en travaillant de près avec eux. Nous pouvons aussi donner le choix aux

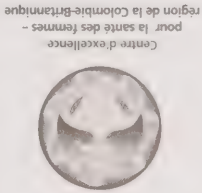
entravée par des pratiques qui maintiennent la prétendue invisibilité des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles au nom de la protection. Mon refus de rendre les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles invisibles dans l'information de l'affiche, les descriptions de ma recherche et les propositions pour le financement, tout ça est devenu ma façon à moi de contourner l'attente normative selon laquelle la sexualité ou l'identification sexuelle est une affaire personnelle.

d'appuyer la recherche sur la santé des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles.

Pour lire le compte rendu intégral de la présente étude, voir Luce, Jacquelyne, *Queer Conceptions: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Reproduction and the Politics of Kinship* (thèse doctorale non publiée), département d'anthropologie des sociétés, Université York, Toronto, 2002.

(On peut télécharger le rapport intitulé *Making (Queer) Linking (Jantes: Lesbian/Bi/Queer Women, Assisted Conception and Reproductive Health)* à l'adresse suivante : www.bccchw.bc.ca/Pages/pubspdflist2.htm ou en commandant un exemplaire en communiquant avec :

Centre d'excellence
pour la santé des femmes –
région de la
Colombie-Britannique
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
V6H 3N1
www.bccchw.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875-3716
bccchw@cw.bc.ca



NOTES

1. Le présent projet a été financé par le Gay and Lesbian Medical Association Lesbian Health Fund, l'Agency for Healthcare Research and Quality (R03HS11266-01), le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et l'Université York.
2. En utilisant l'expression «lesbienne, bisexuelle et homosexuelle» dans l'ensemble du présent article, je souhaite perturber les sens parfois statiques des mots «lesbienne», «bisexuelle» ou «homosexuelle». De nombreuses femmes qui ont pris part à mon étude ont refusé diverses étiquettes, utilisant «identification» de façon interchangeable ou réservaient certains mots à des milieux particuliers.
3. P. Stevens, «Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990», *Health Care for Women International* 1992, vol. 13 p. 91-120. A. Solari (ed.), *Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future*, Washington, National Academy Press, 1999.
4. M. MacDonald, *Expectations. The cultural construction of nature in midwifery discourse in Ontario* [thèse de doctorat non publiée], Toronto, Université York, 1999, p. 20.
5. J. Terry, «Agendas for Lesbian Health: Countering the Ills of Homophobia», dans A. Clarke et V. Oleson (ed.), *Revising Women, Health and Healing: Feminist, Cultural, and Technoscience Perspectives*, New York, Routledge, 1999.

■ «Lorsqu'on est sur le terrain, il s'agit davantage

de regarder et d'écouter suivant des méthodes

anthropologiques particulières que de se trouver dans des genres d'endroits particuliers.»

vois un certain nombre de personnes que je reconnais depuis mon excursion d'étude précédente... Samanthi jette un coup d'œil sur la foule peu nombreuse. «J'espère vraiment qu'il viendra plus de gens, dit-elle. Ça peut vraiment devenir effrayant...». Les trottoirs déserts me surprennent. De temps à autre, quelques personnes s'arrêtent pour regarder. Quelques-unes applaudissent.

au tableau d'affichage communautaire. Je traverse la rue pour voir si elle connaît quelqu'un qui voudrait raconter son histoire. En lisant l'affiche, la femme fait oui de la tête. «Je connais des personnes qui pourraient connaître quelqu'un.» «Excellent. Pouvez-vous passer la brochure?» La femme secoue la tête. «Non. Dans mon métier, je ne peux tout simplement pas faire ça.» Je sais que je suis censée faire un signe de tête compréhensif. Mais je ne le fais pas.

Je voulais questionner des femmes qui avaient accès aux services, mais ne s'adressaient pas aux prestataires, des femmes qui étaient tombées enceintes par autoinsémination ou par insémination assistée par un médecin, des femmes qui avaient eu des rapports sexuels avec des hommes pour tomber enceintes et des femmes qui n'avaient pas pu concevoir. Dans ce but, je devais informer le plus de gens possible de mon projet. Il me fallait souvent demander la permission à des étrangers de laisser des brochures sur mon étude dans des endroits publics comme des épiceries, des bibliothèques, des bureaux de dentiste et des cafés. Il fallait placer mes affiches à côté de celles qui annonçaient la «journée de fierté des personnes bisexuelles». Et quand on me demandait «Que faites-vous dans la vie?», je parlais de mon projet. Je me retrouvais souvent en train de répondre aux questions de gens «hétéro» au sujet des lesbiennes et d'écouter des points de vue homophobes vis-à-vis des lesbiennes dans le rôle de parents. Certaines personnes, comme la femme susmentionnée, insinuaient qu'elles répugnaient à distribuer l'affiche pour se protéger elles-mêmes, tandis que beaucoup d'autres disaient ne pas vouloir offenser des femmes pouvant être disposées à donner une entrevue en diffusant de l'information sur un projet touchant les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles. À bien des égards, la recherche sur la santé des lesbiennes est

Dans «Agendas for Lesbian Health», Jennifer Terry nous rappelle l'énergie qu'il faut pour choisir des questions telles que la santé des lesbiennes comme sujets d'étude². Ses observations insistent sur le fait que les chercheurs-ses sur la santé des lesbiennes doivent reconnaître comment les rencontres avec l'homophobie et l'hétérosexisme dans les témoignages des participant-e-s à la recherche, dans l'exercice quotidien de la recherche et dans notre propre vie de tous les jours influencent notre propre santé et notre propre bien-être. Quand je suis arrivée à Prince George, un autre anthropologue m'a fait la remarque que la recherche comme la nôtre commençait peut-être dès qu'on franchissait la porte pour sortir. Peut-être. En tant que chercheuse, il m'était bien plus facile de parler des interprétations de l'homosexualité et de la discrimination par rapport à des femmes que j'avais interrogées et en faisant appel aux expériences que nous avions en commun. Je pouvais prendre à partie la discrimination envers les lesbiennes, les bisexuelles et les homosexuelles en racontant leurs histoires. Cependant, les expériences d'homophobie et de discrimination que j'ai connues au cours de mon travail sur le terrain ont été reléguées à la périphérie de mon étude et marginalisées en tant que «données».

Septembre 2000, Duncan : Une femme debout devant un salon de coiffure me regarde poser une affiche sur mon projet

■ J'étais surprise par l'absence d'expériences liées à l'homophobie

dans les rapports écrits des chercheur-se-s. Pourtant, je me suis

retournée en train d'éliminer diverses rencontres, refusant

d'inclure ces expériences dans le champ de mon analyse.

soins de santé et désignent régulièrement l'homophobie, l'hétérosexisme et l'invincibilité comme des obstacles à l'accès aux soins de santé³ chez les lesbiennes. Dans le cadre de mon étude, je souhaitais examiner les expériences vécues au quotidien par des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles concernant la procration médicalement assistée et la santé génésique. De quelle façon les femmes s'en sortaient-elles quant aux significations de la santé, aux choix de donneurs et aux perceptions du risque relativement à ce qu'elles vivaient en tant que lesbiennes, bisexuelles et homosexuelles habitant de grands centres urbains, des petites collectivités rurales et des villes nordiques? Le processus de la recherche a soulevé pour moi de nouvelles questions méthodologiques concernant le sens de la création de frontières entre les expériences personnelles et professionnelles. «Lorsqu'on est sur le terrain, il s'agit d'avantage de regarder et d'écouter suivant des méthodes anthropologiques particulières que de se trouver dans des genres d'endroits particuliers»⁴ [trad.], observe Margaret MacDonald dans ses écrits concernant la recherche sur la profession de sage-femme en Ontario. L'anthropologie est donc un point de vue, un objectif à travers lequel on regarde le monde. Le terrain peut être partout, devenir n'importe quoi. C'est cependant en m'exerçant à porter sur toute chose un objectif anthropologique et ethnographique que je me suis rendue compte qu'il y avait des expériences dont je ne voulais ni m'occuper ni faire l'analyse. Avant de commencer mon travail sur le terrain, j'étais surprise par l'absence d'expériences liées à l'homophobie dans les rapports écrits des chercheur-se-s. Pourtant, je me suis retrouvée en train d'éliminer diverses rencontres, refusant d'inclure ces expériences dans le champ de mon analyse.

Septembre 1999. Journée de la fierté, Prince George : Je tiens dans mes bras la petite fille d'un an de Samantha. Je

cours des 20 dernières années. J'ai participé à des événements et à des activités dans le cadre de «collectivités» du milieu homosexuel et des services de santé liés à la santé génésique, au rôle parental et à la loi sur les droits des homosexuel-le-s. Au cours de mes voyages dans diverses villes, municipalités et régions rurales de la Colombie-Britannique, j'ai interrogé 80 lesbiennes, bisexuelles et homosexuelles au sujet du choix des donneurs, de la vente par correspondance de sperme provenant de banques de sperme américaines, de l'utilisation d'inducteurs d'ovulation, des fausses couches, de la conception et des difficultés de conception. Certaines de mes expériences et conclusions fondées sur la recherche que j'ai menée dans des collectivités plus petites ont été publiées dans *Making Choices/Taking Choices: Lesbian/Bisexual Women Assisted Conception and Reproductive Health* (2002). Dans ce rapport, j'ai intégré une partie de mes réflexions sur le terrain et les témoignages de femmes interrogées en entrevue. J'en réexamine ici trois initialement publiés dans ce rapport pour étudier certaines des questions méthodologiques soulevées au cours de la recherche sur la santé des homosexuelles.

Mars 1999, Vancouver : Le chauffeur de taxi est passé me prendre devant mon immeuble sur Commercial Drive. Je me dirige vers Prince George pour commencer le travail sur le terrain. En remontant l'allée Commercial et ensuite la rue Victoria, le chauffeur fait des remarques sur le changement opéré dans le voisinage. «Autrefois, dit-il, on ne se serait pas fait prendre dans ce coin à moins d'être une tapette.»

Un ensemble considérable de recherches sur la «santé des lesbiennes» est apparu depuis deux décennies. La majeure partie de ces recherches portent sur les rencontres de lesbiennes avec des professionnel-le-s de la santé dans un contexte institutionnel de

les femmes autochtones souffrant de SSPT, afin de créer des partenariats, des programmes et des services mieux adaptés à leurs besoins.

On peut télécharger le rapport complet intitulé *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women* (2001) au www.pwhcc.ca/research.htm#immig, ou en commander un exemplaire en communiquant avec :

NOTES

1. J. Lewis Herman, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1996, p. 158.
2. Statistique Canada. Recensement du Canada, 1996. Série : Le Pays, Immigration et Citoyenneté. Population des immigrants selon le statut de citoyenneté (8) et le sexe (3) par période d'immigration pour le Canada, Ottawa, 1996.
3. Bien que la migration ne menace peut-être pas à elle seule la santé mentale, d'autres facteurs de risque connexes, y compris les attitudes négatives du public, influencent la santé des immigrants. Voir le Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, *Puis la porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1988.
4. Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc., *Post Traumatic Stress Disorder: The Lived Experience of Immigrant, Refugee and Visible Minority Women*, Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies, 2001.
5. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3^e édition), Washington, 1980.
6. D. Miller, *Women Who Hurt Themselves. A Book of Hope and Healing*, New York, Basic Books, 1994, p. 172.

ÉTUDE DE LA DIVERSITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

Recherche sur la santé des homosexuelles : questions méthodologiques

Jacquelyne Luce, chercheuse au niveau postdoctoral au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, à l'Institute for Women's Studies et au Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster (Angleterre), Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique¹

Vers la fin des années 90, des images de lesbiennes, de bisexuelles et d'homosexuelles² en plus dans l'actualité, les enfants apparaissaient de plus en plus dans les comédies de situation télévisées et les longs métrages. Pourtant, en tant qu'étudiante diplômée en anthropologie, passionnée de la recherche sur la santé génésique et homosexuelle aspirant à devenir parent, je m'interrogeais sur les expériences des lesbiennes, des bisexuelles et des homosexuelles qui essaient de tomber enceintes ou de devenir parents. De mars 1999 à octobre 2000, j'ai mené des travaux ethnographiques sur le terrain, principalement en Colombie-Britannique, sur les expériences de lesbiennes, de bisexuelles et d'homosexuelles qui ont essayé de tomber enceintes ou de devenir parents au

Centre d'excellence pour
la santé des femmes
—région des Prairies
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhcc.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télé. : (204) 982-6637
pwhcnc@uwinnipeg.ca

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE

■ Certaines femmes signalaient une exacerbation de leurs symptômes en raison de discrimination raciale, d'une révocation de l'accréditation professionnelle et d'autres conséquences de leur installation au Canada.

positives. Des femmes ayant utilisé ces services appréciaient particulièrement les programmes d'aide avec d'autres immigrantes et réfugiées. Le fait de savoir que d'autres femmes réagissaient de la même façon aux événements traumatisants leur était d'un grand réconfort.

Les psychologues que nous avons rencontré-e-s ont manifesté une grande empathie et une grande ouverture d'esprit à l'idée de travailler avec la population immigrante, mais ont précisé qu'ils-elles en avaient peu l'occasion parce que peu de membres de cette population avaient recours aux services de santé mentale.

Les prestataires de services ont aussi souligné qu'ils-elles apprenaient beaucoup sur le SSPT dans le cadre de l'interaction avec des femmes autochtones. Ils-elles remarquaient un nombre élevé de femmes autochtones qui les consultaient et avaient subi, selon l'observation d'un-e infirmière-ère psychiatrique, «tous les types de violence» pendant toute leur vie». Selon eux-elles, cet apprentissage pourrait être utile pour le traitement de questions semblables chez les immigrantes et les réfugiées.

La guérison du SSPT sera facilitée lorsque les services de santé et les programmes visant à servir les immigrantes et les réfugiées intégreront la sensibilisation au SSPT dans la formation du personnel et les programmes de services. Nous recommandons aussi que des fonds suffisants soient accordés aux programmes de CALS destinés aux immigrant-e-s et aux réfugié-e-s qui arrivent en Saskatchewan. Enfin, des recherches plus approfondies s'imposent pour connaître les liens et les différences entre les immigrantes, les réfugiées et

du Kosovo, de la guerre au Kosovo», disait une femme en parlant de sa fille de onze ans.

Chez certaines femmes, les symptômes de traumatisme se mêlent au combat quotidien pour s'adapter à un nouveau milieu, souvent sans aptitudes linguistiques ni soutien communautaire ou familial. Quatre femmes ont décrit des expériences de racisme et de discrimination au Canada. L'une avait perdu son emploi à cause d'une connaissance insuffisante de la langue, une autre racontait que les gens la raquinaient au sujet de sa façon de parler, tandis qu'une autre encore disait avoir été victime de violence verbale, y compris des «remarques sur la race». Certaines femmes ne pouvaient trouver d'emploi parce que leur accréditation professionnelle n'était pas reconnue au Canada. Pour elles, vivre en Saskatchewan, c'était dire adieu à leur statut, à leur travail et à leur carrière.

Parmi les femmes qui avaient demandé de l'aide, quatre ont observé que leur médecin n'avait été d'aucun secours. «J'ai lu quelque chose au sujet d'un médecin, racontait l'une d'elles. Je suis allée le voir et lui ai dit (vous savez, c'était comme un acte de désespoir), je lui ai dit "Je ne vais pas bien. Je voudrais savoir si vous pouvez m'aider..." Il m'a regardée en disant "Eh bien, je ne comprends pas pourquoi vous n'avez pas surmonté cela... vous devriez voir ces gens qui sont arrivés ici du Salvador. Ils étaient mutilés et tout..." Je me sentais accablée parce que cela augmentait mon sentiment de culpabilité et... que c'était le sentiment qui me préoccupeait le plus, vous savez, la culpabilité de devoir survivre.»

Les rapports avec les prestataires de services d'organismes communautaires se sont traduits par des expériences plus

■ «[Le docteur] m'a regardée en disant "Eh bien, je ne comprends pas pourquoi vous n'avez pas surmonté cela... vous devriez voir les gens qui sont arrivés ici du Salvador."»

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)), la malade doit présenter au moins l'un des symptômes suivants⁵ :

- Des souvenirs stressants récurrents et envahissants de l'événement

- Des rêves stressants et récurrents

- Des épisodes de dissociation (retours en arrière)

- Une détresse psychologique intense en cas d'exposition à des événements qui symbolisent l'événement traumatisant

ou lui ressemblent.

Il importe de noter que le SSTP n'équivaut pas à une maladie mentale. « Le problème n'émane pas de la personnalité, mais plutôt d'un événement externe qui a créé des symptômes ou des réactions durables mais non incurables⁶. » [trad.]

Celles qui cherchent un traitement au SSTP font souvent l'objet d'erreurs de diagnostic. Il arrive en effet que les thérapieutes se concentrent sur des problèmes énoncés, comme des troubles de l'alimentation, la dépression et la consommation d'alcool et de drogues.

Conclusions de la recherche

Bien que le SSTP puisse avoir une incidence dévastatrice sur la vie des victimes, beaucoup évitent tout traitement, ce qu'ont confirmé les immigrantes et les réfugiées de notre étude. Elles signalaient que dans leur pays d'origine et leur communauté culturelle, la honte associée à la violence sexuelle réduit les victimes au silence. Il y a aussi la honte associée aux troubles

Le SSTP avait été diagnostiqué par un-e professionnel-le chez seulement cinq femmes parmi les vingt qui ont participé à l'étude. Ces femmes, ainsi que d'autres ayant entendu parler du SSTP d'autres manières, ont décrit le soulagement ressenti en apprenant l'existence du syndrome. Une d'elles a parlé d'un «sentiment de délivrance». «En fait, je pensais que je devenais folle..., précise une autre. Quand j'ai commencé à voir la conseillère, elle m'a donné un livre à lire... cela m'a aidé.» La connaissance du SSTP a joué un rôle important dans le cheminement des femmes vers la guérison, mais seules celles qui connaissaient le mieux l'anglais ont pu se servir des moyens et des services qui leur fournissaient l'information nécessaire. Ce point a été soulève par presque toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'étude : la difficulté à communiquer en anglais pose un obstacle sérieux à la capacité des immigrantes et des réfugiées de cerner et de traiter leurs problèmes.

Les femmes ont décrit divers événements traumatisants et symptômes du SSTP. Il était courant d'être témoins de violence, de tortures, de catastrophes, ou de vivre dans des situations d'extrême violence. Les expériences liées au SSTP comprenaient la peur, les crises de panique, les cauchemars, les pertes de mémoire, les retours en arrière, la tristesse, la solitude, la dépression et les idées de suicide. Trois femmes ont également exprimé de la crainte pour leurs enfants qui avaient été traumatisés par la guerre et par le processus de migration et d'installation. «Chaque nuit, Elle rêve encore

Le véritable nom de son état

Le présent article contient les faits saillants d'une étude menée par Immigrant, Refugee and Visible Minority Women of Saskatchewan, Inc., financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies.

La personne traumatisée est souvent soulagée simplement par le fait d'apprendre le véritable nom de son état. En constatant le diagnostic, elle entame le processus de maîtrise de la situation. [trad.]

— Judith Lewis Herman¹

leur état». Certaines femmes signalaient une exacerbation de leurs symptômes en raison d'une discrimination raciale, d'une révocation de l'accreditation professionnelle et d'autres conséquences de leur arrivée au Canada. Parmi les femmes qui avaient eu recours aux services d'un médecin, certaines faisaient état de rencontres au cours desquelles leurs symptômes avaient été négligés ou banalisés. Même s'il semblait y avoir de solides connaissances théoriques sur le SPT chez les quatre psychiatres et l'omnipraticien que nous avons rencontrés, ceux-ci disaient avoir travaillé avec peu d'immigrantes ou de réfugiées dans la province.

Vu que l'un des objectifs de la recherche était de recueillir de l'information sur les expériences de femmes autochtones atteintes du SPT afin d'établir un parallèle avec les immigrantes et les réfugiées et former ainsi des partenariats, nous avons aussi interrogé des femmes autochtones. Seulement deux d'entre elles, cependant, ont cependant participé à l'étude. Au cours des entrevues que nous avons menées avec des professionnels-le-s de la santé mentale et des prestataires de services, nous avons découvert l'existence de liens puissants entre les femmes autochtones, les immigrantes, les réfugiées et le SPT. Cette conclusion justifie une recherche plus poussée.

Qu'est-ce que le SPT?

Avant que le-la psychiatre ou le-la psychologue ne diagnostique le SPT (selon la description donnée par le

groupe d'étude ignoraient pour la plupart «le véritable nom de langue anglaise et de l'ignorance du SPT, les 20 femmes du qui en souffraient. En raison d'une maîtrise insuffisante de la d'obstacles empêchait de reconnaître le SPT chez les femmes Fait révélateur, nous avons constaté qu'un ensemble complexe mêmes le SPT ou en recevoir le diagnostic et s'en remettre⁴; minorités visibles en Saskatchewan pour reconnaître elles- rencontrent les immigrantes, les réfugiées et les femmes des traumatiques font ressortir certains des obstacles que traumatisme⁵. Notre étude du syndrome de stress post-fait de s'installer au Canada ajoutent à l'angoisse et au montrent que le processus de migration et l'expérience liée au de stress post-traumatique (SPT)», mais les recherches mêmes suffiraient à déclencher un trouble appelé «syndrome des inondations et la sécheresse. Ces expériences en elles- sexuelles et des sinistres comme des tremblements de terre, élevé d'exposition à des traumatismes extrêmes, des violences de pays déchirés par la guerre ou de pays présentant un risque Saskatchewan². Parmi elles se trouvaient des femmes venant De 1991 à 1996, plus de 4 000 femmes ont immigré en

Un ensemble complexe d'obstacles empêchait de reconnaître le SPT chez les femmes qui en souffraient.

important encore c'est que les actes autodestructeurs chez les femmes ne peuvent pas être retranchés des structures et des contextes sociaux dans lesquels elles vivent.

À la suite de la présente étude, la Elizabeth Fry Society of Manitoba a élaboré une brochure proposant des comportements d'adaptation aux femmes qui envisagent commettre les actes autodestructeurs. Voir les coordonnés ci-dessous⁵. On peut télécharger le rapport complet, intitulé *Prairie Women, Violence and Self-Harm*, à l'adresse suivante : www.pwhce.ca/pdf/self-harm.pdf ou en commandant un exemplaire en communiquant avec :



**Centre d'excellence pour
la santé des femmes
– région des Prairies**
56 The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télé. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

NOTES

1. Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry, *Fiche d'information : Solutions de rechange à l'incarcération*, Ottawa, 1995.
2. Une exception importante à noter : G. Babiker et L. Arnold, *The Language of Injury. Comprehending Self-Mutilation*, Leicester, British Psychological Society, 1997.
3. E. Adelsburg et C. Currie (éd.), *In Conflict with the Law. Women and the Canadian Justice System*. Vancouver : Press Gang Publishers, 1993, p. 50-75; Elizabeth Fry Society of Manitoba, *Attending to the Needs of Manitoba Women in Conflict with the Law*, Déclaration de principe, Winnipeg, 2000.
4. R. E. Dobash, R. Dobash et S. Gutteridge, *The Imprisonment of Women*, New York, Blackwell, 1986. Cité dans Joanne Martel, *Solitude and Cold Storage*, Edmonton, Elizabeth Fry Society, 1999; A. Kershaw et M. Masovich, *Rock-A-Bye-Baby, A Death Behind Bars*, Toronto, Oxford Press, 1996.
5. Elizabeth Fry Society of Manitoba, 773, avenue Selkirk, Winnipeg (Manitoba) R2W 2N5, tél. : (204) 589-7335 et téléc. : (204) 589-7338.

créatives pour trouver des solutions de rechange aux comportements d'autodestruction. Elles tenaient un journal intime et pratiquaient des activités physiques vigoureuses. Le port quotidien des peintures traditionnelles (brûler de la sauge comme rituel de purification) servait à combler des besoins spirituels. Les femmes s'adressaient aussi à leurs amis et conjoints et avaient recours à la consultation individuelle, à la thérapie de groupe, aux programmes communautaires et au soutien d'organismes communautaires. Le bénévolat, la garde d'enfants et d'autres activités offraient un sentiment d'utilité aux femmes constituaient autant de réponses ingénieuses.

Manifestement, une approche holistique et centrée sur les femmes se révèle nécessaire en ce qui concerne les politiques et les pratiques liées aux actes autodestructeurs. Pour cela, il faut non seulement connaître l'histoire et la biographie personnelles des femmes, mais aussi comprendre les antécédents sociaux des actes autodestructeurs qui trouvent leur origine dans les situations de violence et d'abus vécues au cours de l'enfance et à l'âge adulte. Ce qui est plus

■ Les actes autodestructeurs chez les femmes ne peuvent pas être retranchés des structures et des contextes sociaux.

des interactions avec le personnel. Les femmes ressentent également un grand besoin de mieux comprendre leurs comportements d'autodestruction et d'acquiescer des mécanismes d'adaptation plus sains et plus stimulants.

Les femmes ont déclaré que les approches autochtones visant le ressourcement étaient utiles et qu'elles seraient un élément efficace de tout programme sur les actes d'autodestruction. Le personnel partageait ce point de vue. Les programmes autochtones traditionnels étaient généralement considérés comme offrant une approche équilibrée et significative d'autogénération pour les femmes.

Les femmes ont également souligné qu'une approche de réduction des préjudices et de planification de la protection constituerait une réaction plus réaliste et efficace aux actes autodestructeurs. Elles estimaient qu'un bon nombre de pratiques courantes visant à prévenir les actes autodestructeurs lors que les femmes sont plus sujettes à commettre des actes autodestructeurs lors que l'isolement sont mises en application⁴. Les mesures punitives comme le matériel de contrainte et l'isolement peuvent aussi traumatiser de nouveau des femmes qui ont vécu des situations d'abus et de violence au cours de leur enfance et à l'âge adulte.

Il importe de signaler que les femmes de l'étude faisaient également preuve d'initiative personnelle et d'aptitudes

compréhendent notamment les actes autodestructeurs comme moyen de réagir face à un conjoint violent. Cependant, plusieurs autres messages importants sont ressortis : le besoin d'attention et d'appui moral, l'autopunition et le blâme de soi, composer avec l'isolement et la solitude, éviter et retourner la souffrance émotionnelle, libérer et purifier la souffrance émotionnelle, sentir la réalité ou y revenir, exprimer ou communiquer des expériences de vie douloureuses et exercer une maîtrise ou un pouvoir sur soi-même.

La plupart des messages liés aux actes autodestructeurs énumérés par le personnel des organismes communautaires et correctionnels correspondaient d'assez près aux réponses des femmes. Deux différences principales devaient cependant être mentionnées. D'une part, le personnel minimisait l'importance de certains messages désignés par les femmes, tels que de combler des besoins d'attention et d'appui moral, ainsi que de composer avec l'isolement et la solitude. D'autre part, le personnel interprétait les actes autodestructeurs chez les femmes comme une forme de manipulation et un moyen d'obliger le personnel à les prendre en main.

Les femmes ont signalé le besoin d'avoir plus d'occasions d'exprimer leur souffrance et leur détresse émotionnelles, et d'en discuter. En particulier, elles voulaient que les situations d'abus et de violence qu'elles avaient vécues soient davantage reconnues, à la fois dans des programmes particuliers et lors

Conclusions de la recherche

En général, nous avons constaté que les répondant-e-s présentaient un profil semblable à celui des femmes en conflit avec la loi dans la région des Prairies canadiennes³. L'âge moyen des femmes était de 31 ans et le niveau commun de scolarité correspondait à la 10^e année. La plupart avait reçu des prestations d'aide sociale à un moment quelconque de leur vie. Beaucoup d'entre elles avaient été placées dans divers foyers de groupe et foyers d'accueil pendant leur jeunesse. La plupart des femmes faisaient état de types de relations très instables et transitoires. Elles avaient en moyenne deux enfants, la majorité d'entre eux vivant en famille d'accueil ou en foyer collectif, ou ayant été adoptés.

La plus grande probabilité d'actes autodestructeurs survenait lorsque les femmes avaient vécu dans des familles très instables et n'offrant aucun soutien et vivaient des relations adultes de même nature. De telles familles se caractérisaient par de nombreux démenagements et des placements intermittents ou permanents en foyer d'accueil et en foyer de groupe, par des liens absents, faibles ou traumatisants avec les adultes qui en étaient responsables (notamment la mère), par des besoins émotifs et sociaux non satisfaits et par des antécédents d'abus et de violence vécus au cours de l'enfance (violence sexuelle, émotionnelle, physique et négligence). Dans les relations adultes des femmes, les situations d'abus et de violence, principalement perpétrées par un conjoint, restaient des expériences communes.

Les femmes vivant dans la collectivité ont désigné la violence conjugale, la perte de leurs enfants et la séparation d'avec eux, l'isolement et la solitude comme les principaux facteurs de risque des actes autodestructeurs. Les femmes incarcérées ont déterminé des facteurs de risque semblables, tout en insistant davantage sur des souvenirs traumatisants de situations de violence vécues au cours de leur enfance en tant que facteur de risque crucial qui est déclenché en prison.

Le rôle de la violence conjugale n'est pas généralement reconnu dans la documentation de recherche et dans les réponses du personnel du milieu communautaire ou institutionnel concernant les actes autodestructeurs chez les femmes. Pourtant, toutes les femmes de l'étude (à l'exception d'une seule) avaient vécu des situations de violence et d'abus à l'âge adulte, principalement de la part de leur conjoint. « Avec son conjoint, on a parfois trop peur [pour se défendre], affirmait l'une d'elles. On t'a fait du mal tellement de fois, pourquoi ne pas te faire de mal à toi-même? "Tiens, je l'ai fait, content!" » La relation existant entre les actes autodestructeurs des femmes et la violence conjugale est un domaine important qui nécessite une recherche plus approfondie.

Par leurs actes autodestructeurs, les femmes expriment plusieurs messages qui leur permettent de composer avec leur douleur insupportable liée à la souffrance et à la détresse émotives, tout en leur permettant de survivre. Ces messages

Le fait que certaines femmes associent

la violence de leur conjoint à des

comportements d'autodestruction

demeure une conclusion importante.

Violence et actes autodestructeurs chez les femmes en conflit avec la loi

Cathy Fillmore, Colleen Anne Dell, Elizabeth Fry Society of Manitoba, financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies

Le nombre de femmes en conflit avec la loi qui se livrent à

des actes autodestructeurs connaît une hausse alarmante.

Selon une étude menée en 1995, 59 p. 100 des femmes

condamnées pour infraction à une loi fédérale au Canada

commentent des actes destructeurs¹. Dans notre étude

intitulée *Pravie Women. Violence and Self-Harm* [Les femmes

des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs], parue en

2000, nous avons examiné les liens existant entre les

femmes qui commentent des actes autodestructeurs, certains

événements cruciaux qui se sont déroulés au cours de

l'enfance et de la vie adulte des femmes lesquels précèdent

l'adoption de comportements d'autodestruction, ainsi que

leur situation dans la structure sociale en général. Même si

le lien qui existe entre les actes autodestructeurs et les

situations d'abus et de violence vécues au cours de l'enfance

est généralement reconnu, les rapports entre les actes

autodestructeurs et les situations d'abus et de violence

vécues à l'âge adulte ainsi que la position sociale sont

fréquemment oubliés dans la documentation de recherche².

Notre étude a permis de constater que les situations d'abus

et de violence à l'âge adulte, en particulier la violence

conjugale, restaient courantes chez les femmes. Le fait que

certaines femmes associent la violence de leur conjoint à des

comportements d'autodestruction et considèrent cette

violence comme un facteur de risque demeure une

conclusion importante. La plupart des femmes avaient aussi

en commun une enfance passée au sein de familles très

instables et n'offrant aucun soutien, ainsi qu'une grande

paupérisse, tant matérielle que sociale. Une autre conclusion

importante de l'étude consiste à ce que des femmes

autodestructrices et non autodestructrices ont affirmé tirer un

avantage des traditions de la culture autochtone et y attacher

beaucoup d'importance, en précisant que ces enseignements

devaient être incorporés dans des programmes portant sur

les actes autodestructeurs.

Sources de données

Nous avons interrogé 46 femmes présentant des antécédents de conflit avec la loi, certaines vivant dans la collectivité et d'autres, en établissement correctionnel. Les femmes autochtones comparaient pour 64 p. 100 de l'échantillon. (Le reste des femmes s'identifiaient comme Caucasiennes (32 p. 100) et autres (3 p. 100). Nous avons organisé un groupe de discussion avec six femmes incarcérées et rencontré neuf employé-e-s d'organismes communautaires et correctionnels. Outre le sondage mené auprès du personnel correctionnel, nous avons passé en revue plusieurs des politiques et des pratiques du service communautaire et d'établissements correctionnels au sujet des actes autodestructeurs.

En ce qui concerne l'analyse des données, les témoignages des femmes de la collectivité et des établissements correctionnels ont été réunis parce que toutes les femmes avaient été en conflit avec la loi, la majorité d'entre elles ayant été incarcérées. Les renseignements obtenus auprès des employé-e-s communautaires et correctionnel-le-s ont aussi été réunis en raison du nombre limité d'employé-e-s répondant-e-s et du recoupement des réponses dans les deux groupes.

En nous appuyant sur les témoignages de femmes, sur les récits du personnel et sur l'étude de documents interdisciplinaires, nous avons défini les actes autodestructeurs comme suit : tout acte physique, émotionnel, social ou spirituel qu'une femme peut poser avec l'intention de se blesser de façon volontaire. Un tel geste constitue une façon de composer avec une souffrance et une détresse émotives et de survivre à une telle souffrance, laquelle est le reflet d'expériences traumatisantes vécues lors de situations d'abus et de violence perpétrées au cours de l'enfance et à l'âge adulte.

nécessaires. Seules les jeunes femmes ont mentionné la garde pour poursuivre leurs études. Commencer les classes à 10 h pourrait être vu comme une stratégie pour assurer la persévérance scolaire, étant donné les habitudes de vie nocturnes et les troubles généraux du sommeil des jeunes. Les membres du groupe consultatif sur la jeunesse étaient d'accord pour faire commencer les classes plus tard et ont déclaré que le mî'kmaq, et non le français, devrait être la deuxième langue enseignée à l'école.

La plupart des propositions étaient sans distinction de sexe et très peu de jeunes ont parlé d'emploi ou d'encadrement pédagogique. Bien qu'on ait suggéré peu de stratégies socio-économiques à long terme ou de stratégies touchant les grands déterminants de la santé, les membres de l'équipe de recherche recommandent une telle approche.

mî'kmaq cessent leurs études. Certains professionnel-le-s au service des jeunes étaient d'avis que la grossesse chez les adolescentes était inévitable et ne faisaient aucune distinction entre les grossesses planifiées, non planifiées, désirées et non désirées.

Interventions en matière de politiques et de programmes

Tous les groupes rencontrés recommandaient une éducation plus pertinente culturellement pour aider les jeunes femmes mî'kmaq à réduire leur stress, à se remettre d'événements stressants et à améliorer leur vie en général. Un meilleur milieu scolaire (décrit comme un milieu où il y aurait moins de racisme, moins d'intimidation et plus de sensibilité chez les enseignants) pourrait également être créé en aménageant des écoles dans les réserves. Des consultations et de l'aide à l'apprentissage étaient également considérées comme

NOTES

1. Groupe de recherche sur la santé des Mî'kmaq (L. Etter, C. Moore, L. McIntyre, S. Rudderman et F. Wien). *The Health of the Nova Scotia Mî'kmaq Population*, Sydney, Union of Nova Scotia Indians, 1999.
2. Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, volume 3, *Vers un ressourcement*, Ottawa, Groupe canadien des communications, 1996, p. 109.
3. C. Levitt, M. Doyle-MacIsaac, I. Grava-Gubins, G. Ramsay et W. Rosser, «Investissons dans l'avenir : protégeons nos enfants. Partie 7 : Enfants autochtones», *Le Médecin de famille canadien* 1998, vol. 44, p. 358-362.
4. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada*, 1998. *Gros plan sur les jeunes*, Ottawa, 1998.
5. R. E. Roberts, C. R. Roberts et R. Y. Chen, «Ethnocultural differences in the prevalence of adolescent depression», *American Journal of Community Psychology*, 1997, vol. 25, n° 1, p. 95-110.
6. Isabel den Heyer et Fred Wien, avec la collaboration de Jean Knockwood et Virick Francis, *Mî'kmaq Students with Special Education Needs in Nova Scotia*. Sydney : Mî'kmaq Kinat'matnewey, 2001; Conseil en éducation des Premières Nations, *Special Education Report*, Conseil en éducation des Premières Nations. Québec, 1992; First Nations Education Steering Committee/First Nations Schools Association, *None Left Behind—Addressing Special Needs Education in First Nation Schools: A Proposal for Action*. Vancouver nord : First Nations Education Steering Committee, 1997.
7. M. Beiser, W. Sack, S. M. Manson, R. Redshirt et R. Dion, «Mental health and academic performance of First Nations and majority-culture children», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998, vol. 68, n° 3, p. 455-467.
8. R. Minde et K. Minde, «Socio-cultural determinants of psychiatric symptomatology in James Bay Cree», *Revue canadienne de psychiatrie*, 1995, vol. 40, n° 6, p. 304-312.
9. L. Laberge, D. Petit, C. Simard, F. Vitaro, R. E. Tremblay et J. Montplaisir, «Development of sleep patterns in early adolescence», *Journal of Sleep Research*, 2001, vol. 10, n° 1, p. 59-67.

leurs points de vue sur le stress vécu par les jeunes femmes m'ikmaq ainsi que sur des politiques et des programmes qui pourraient selon eux-elles aider les jeunes femmes.

Conclusions de la recherche

Lors des groupes de discussion, les jeunes femmes m'ikmaq ont parlé du stress surtout comme d'une réaction émotionnelle *interne*. Par exemple, l'énerverement émotionnel a été mentionné 13 fois (y compris l'irritabilité, la frustration et l'anxiété), la mélancolie ou la tristesse a été signalée 11 fois et la colère neuf fois. Les femmes ont affirmé qu'elles soulageaient leur stress en parlant de leurs sentiments avec les autres. Nous avons observé la facilité avec laquelle les femmes du groupe de discussion communiquaient entre elles, l'un des groupes précisant même que l'exercice de collecte des renseignements était thérapeutique en lui-même.

Lors des entrevues individuelles, cependant, les jeunes femmes ont parlé du stress en termes d'*extériorisation*, en signalant notamment de la colère ou de la frustration (17 et 13 mentions respectivement), ainsi que des comportements de passage à l'acte incluant les actes autodestructeurs (12 mentions). Cette dernière étant habituellement considérée comme un phénomène masculin, cela donne l'alerte quant au fait que des femmes pourraient aussi y être vulnérables.

À l'opposé des jeunes hommes et des comptes rendus des professionnels-le-s au service des jeunes, les jeunes femmes ont désigné un large éventail de facteurs stressants. Le fait que les jeunes femmes de la réserve réagissent à des facteurs stressants multiples doit être tenu en compte dans tout cadre stratégique de réduction du stress. Quelqu'un a souligné que les jeunes hommes ne vivaient pas un «stress constant», laissant entendre que c'était le cas des jeunes femmes.

On a remarqué un recoupement considérable dans les principaux facteurs stressants énumérés par les répondant-e-s des trois groupes, et les membres du groupe consultatif sur la jeunesse étaient d'accord avec cette liste. Les trois groupes ont reconnu les problèmes familiaux (p. ex. l'absence d'un parent, la drogue ou l'alcool) comme une source importante de stress. Les jeunes femmes accordaient une plus grande importance au stress lié à l'école que les jeunes hommes. Les deux groupes de jeunes ont désigné les problèmes

relations, y compris les petits amis et petites amies, comme une source considérable de stress. Seules les jeunes femmes ont mentionné la violence et les mauvais traitements, et seuls les jeunes hommes ont parlé de la consommation de drogue et d'alcool.

Le fait que les jeunes hommes et les jeunes femmes s'identifiaient comme M'ikmaq et ont parlé de leurs antécédents avec une fierté considérable, est un des résultats positifs inattendus dans le cadre de la présente étude. Ce sentiment d'identité positif, qui constitue un avantage remarquable et précieux dans ce groupe de jeunes vivant dans la réserve, devrait être préservé et mis en valeur pour favoriser un cheminement de vie fructueux vers l'âge adulte. Par contre, plusieurs professionnels-le-s au service des jeunes ont cité le manque d'identité comme stress interpersonnel.

Les impressions liées à la vie dans la réserve selon les sexes ont révélé des définitions de rôle assez rigides pour les hommes et les femmes. Les jeunes hommes donnaient aussi l'impression qu'ils avaient moins de chances d'être pardonnés pour leurs erreurs (comportement bagarreur, par exemple) que les jeunes femmes, chez qui la grossesse (souvent perçue comme une erreur par les jeunes et les adultes) est courante. Les deux groupes s'accordaient pour dire que des facteurs économiques tels que les femmes assumant la responsabilité du principal soutien de famille pourraient atténuer la dominance masculine. Les deux groupes reconnaissaient aussi que les femmes étaient perçues comme responsables de la famille. Quelques professionnels-le-s au service des jeunes ont précisé que certaines jeunes filles parlaient de la contrainte à prendre soin d'autres enfants de la famille.

L'école demeure un important facteur stressant chez les jeunes, et on remarque une certaine homogénéité dans les groupes de répondant-e-s concernant les raisons qu'ont les jeunes de quitter l'école. Pour les jeunes hommes, c'est souvent la difficulté du travail scolaire, ce qu'ils se reprochent, et chez les jeunes femmes, c'est souvent la grossesse. La plupart des femmes du groupe de discussion ont nuancé cette réponse en ajoutant que les jeunes mères ne disposent d'aucun service de garde d'enfants, ce qui ne leur laisse pas d'autre choix que de quitter l'école. La grossesse est indiscutablement la raison pour laquelle les étudiantes

situation socio-économique du groupe qui favorise ou freine la dépression⁷. Les jeunes autochtones présentent un des taux de dépression les plus élevés parce que leurs situations socio-économiques demeurent parmi les plus médiocres comparées à d'autres groupes. Dans l'ensemble, on remarque une plus grande prévalence de la dépression chez les femmes autochtones en raison notamment de leurs conditions de vie pitoyables⁸.

D'autres ouvrages de documentation laissent également supposer que les difficultés d'apprentissage représentent un trouble de santé considérable chez les jeunes autochtones et contribuent à faire augmenter le taux de fin de scolarité précoce parmi les enfants autochtones⁹. L'incompréhension des enseignants et autres concernant les différences culturelles est un facteur qui pourrait contribuer à ce mauvais rendement scolaire⁸.

Groupes de discussion et entrevues

Nous avons mené 21 entrevues individuelles semi-structurées et huit discussions de groupe avec des jeunes femmes mi'kmaq. Afin d'assurer le contraste entre les sexes, nous avons également dirigé cinq entrevues individuelles et deux groupes de discussion avec des jeunes hommes vivant dans des réserves. De plus, nous avons demandé aux jeunes de suggérer des politiques et des programmes susceptibles de réduire leur stress. Une fois l'étude achevée, nous en avons présenté les conclusions aux membres du groupe consultatif sur la jeunesse en vue d'en obtenir des commentaires et de favoriser la discussion.

Enfin, des entrevues ont été menées auprès de conseillers et de travailleurs-ses de la santé au service des jeunes pour connaître

■ Les jeunes femmes mi'kmaq quittaient l'école

en raison d'une grossesse et les jeunes hommes,

en raison de la difficulté du travail scolaire.

pour autant certains signes de changement : les taux d'obtention de diplômes d'études secondaires et postsecondaires se sont nettement améliorés par rapport à ceux d'il y a deux ou trois décennies, bien qu'ils restent inférieurs à la moyenne canadienne, et les Premières nations tirent parti des traités et des dispositions sur les droits des Autochtones pour retrouver l'accès aux ressources, à des territoires plus grands et à des fonds pour l'investissement économique. Les peuples autochtones reprennent peu à peu la maîtrise des conditions touchant leur santé et les politiques de la santé, et de nouvelles données sur la santé des Autochtones sont disponibles.

Le stress que vivent les femmes mi'kmaq est déterminé en partie par des facteurs historiques, socio-économiques et sanitaires, mais aussi par les différences entre les sexes et par les perspectives de leurs enfants. Parmi les principaux indicateurs de la santé, notons le fait de donner naissance à des enfants à un âge plus jeune que le reste de la population, le changement de la structure familiale se traduisant par l'augmentation du nombre des familles monoparentales, les taux plus élevés de mortalité juvénile, les taux plus élevés de pauvreté que ceux des hommes autochtones et un degré élevé de violence envers les femmes. Afin de mieux comprendre ce que sous-tend le stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq d'aujourd'hui, nous avons procédé à une analyse d'égalité des sexes de la documentation publiée. Les études sur la dépression révèlent que l'incidence de ce trouble chez les jeunes Canadiennes est considérablement plus élevée que chez les jeunes hommes⁴. En ce qui concerne les différences raciales ou ethniques, Roberts et les collaboratrices constatent que même si ces différences dans la dépression semblent présentes, c'est en fait la

Analyse comparative entre les sexes du stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq

BULLETIN DE RECHERCHE DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

FEMMES DES PREMIÈRES NATIONS

des femmes—région de l'Atlantique.

Les conclusions du sondage sur la santé, notre premier projet de recherche, nous ont conduit à l'étude des adolescentes m'ikmaq (de 12 à 18 ans). L'étude *An Exploration of the Stress Experience of M'ikmaq On-reserve Female Youth in Nova Scotia* (2001) porte sur les facteurs stressants physiques (p. ex. la lombopointe), les facteurs stressants mentaux (p. ex. la dépression, l'estime de soi et la santé émotionnelle) et les facteurs stressants liés aux rapports sociaux.

En 1997, le Groupe de recherche sur la santé des M'komay, Dalhousie University, a mené un sondage sur la santé des M'komay¹. La constatation la plus marquante de cette étude concerne le stress vécu par les jeunes femmes vivant dans les réserves. Trente pour cent des jeunes femmes m'komay par rapport à 7 p. 100 des jeunes hommes m'komay se disaient «passablement ou extrêmement stressé-e-s». Quarante-sept pour cent des jeunes femmes contre 21 p. 100 des jeunes hommes disaient se sentir «tristes ou déprimé-e-s pendant deux semaines et plus». En outre, les jeunes hommes m'komay paraissaient beaucoup plus susceptibles de répondre «je m'aime comme je suis» (84 p. 100) que les jeunes femmes (57 p. 100).

Analyse documentaire

premières nations. Pour refléter les différences et les ressemblances entre les sexes, nous avons comparé le stress vécu par les femmes mi'kmaq à celui que vivent les jeunes hommes habitant dans la réserve. Nous avons également demandé les points de vue de professionnel·les des services à la jeunesse et les avons comparés à ceux des groupes de jeunes hommes et de jeunes femmes. Les membres du groupe consultatif sur la jeunesse, formé exclusivement de femmes vivant dans la réserve, ont examiné la méthode de recherche, nous ont conseillé sur le contenu des entrevues et ont contribué à définir les facteurs stressants chez leurs pairs.

Lynn McIntyre, professeure, Faculty of Health Professions, Dalhousie University, Frederic Wien, professeur, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sharon Rudderham, ancienne directrice de la santé, Union of Nova Scotia Indians, Lorraine Etter, directrice de la santé, Confederacy of Mainland Mi'kmaq, Carla Moore, analyste des politiques de la santé, Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs, Nancy MacDonald, professeure adjointe, Maritime School of Social Work, Dalhousie University, Sally Johnson, directrice intermédiaire de la santé, Union of Nova Scotia Indians, Ann Gottschall, coordinatrice de l'étude. La présente étude a été financée par le Centre d'excellence pour la santé

« Pour mieux comprendre le stress vécu par les jeunes femmes autochtones, il est nécessaire de saisir leur contexte historique. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) déclarait que « Bon nombre d'Autochtones souffrent non seulement de maladies et de problèmes sociaux déterminés, mais aussi d'un état d'esprit dépressif dû à plus de deux siècles d'arrestations à leur culture, à leur langue, à leur identité et à leur dignité »². Les Autochtones ont été atteints de maladies provenant de la population européenne ainsi qu'ils ont été lésés par des « pratiques sociales traumatisantes »³ [trad.] qu'entraînait la colonisation. Les séquelles laissées par l'expérience des pensionnats et par d'autres politiques et pratiques du gouvernement ont créé, sur les plans de la société et de la santé, un traumatisme qui se poursuit à ce jour, ainsi que beaucoup d'injustices encore flagrantes liées à l'état de santé et l'accès aux services de santé des Autochtones. On remarque

mode de vie», telles que l'arthrite, peuvent aussi recevoir moins d'attention.

AB : Ce que nous voyons et tentons de rendre explicite est qu'il existe une idéologie continue d'individualisme ayant un effet intense sur la santé du peuple autochtone et les sortes de solutions qui lui sont offertes. À l'échelle des offices régionaux de la santé, lorsqu'il y a un problème de VIH ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues, l'injection de fonds «éphémères» pour un projet de courte durée dans la collectivité est jugée comme une solution. Pour le lancement d'un programme de consultation, par exemple, comme si un programme de trois semaines pouvait régler le problème. À priori, on dirait que l'office régional de la santé octroie beaucoup d'argent aux collectivités autochtones, mais c'est trompeur. C'est en réalité un très petit montant d'argent pour de très gros problèmes communautaires qui est réparti sur un grand territoire.

AB : Quand les politiques en matière de santé et les pratiques connexes représentent les femmes autochtones comme responsables de leurs maux, comme des sujets discrédités et «non crédibles» dans les services de santé, elles élèvent un obstacle considérable à la santé des femmes.

JF : La lutte pour se dégager de l'héritage colonial et obtenir ce qu'on veut grâce aux réformes des politiques est considérable. On risque toujours de recréer les mêmes structures de pouvoir d'où découlaient ces problèmes. On peut télécharger la première étape du rapport d'étude intitulé *First Nations Women's Experiences with Mainstream Health Care Services and Systems* (2000) au www.bccewh.bc.ca/Pages/pubspdf.htm ou en commander un exemplaire en communiquant avec :

Centre d'excellence
pour la santé des femmes –
région de la
Colombie-Britannique
E311 – 4500 Oak Street
Vancouver (C.-B.)
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télé. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca

Centre d'excellence
pour la santé des femmes –
région de la Colombie-Britannique



dirigeants communautaires, qui tiennent compte de la pauvreté et des forces sociales et historiques que sous-tend la pauvreté. Et ce qui est tout aussi important, ces pratiques et ces politiques doivent assurer la participation *significative* des femmes autochtones au processus décisionnel à l'échelle de la santé locale.

JF : Quant à l'orientation nationale et régionale, au lieu de continuer à inviter les Autochtones à rendre les politiques en matière de santé plus «sensibles aux réalités culturelles», on peut trouver des moyens d'aborder les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, quand on examine les politiques sur la santé des Autochtones, on remarque la mise en relief de certaines maladies et un rapport au «mode de vie». Le VIH, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, par exemple. Cet étiquetage caractérise les femmes autochtones comme des sujets médicaux discrédités et renforce cette représentation.

AB : Et on ferme ainsi les yeux sur les causes sous-jacentes de l'incidence élevée de ces maladies et problèmes. On n'accorde pas assez d'importance aux déterminants sociaux tels que la marginalisation économique, le colonialisme social, les taux de pauvreté extrêmes chez les femmes et les enfants à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, ainsi que le sous-développement régional, qui ont un effet plus marqué sur l'état de santé.

BR : Le peuple autochtone du Canada connaît une incidence élevée de diabète. De quelle façon le diabète cadre-t-il dans l'interprétation de la maladie et de «mode de vie»?

AB : Cela peut fonctionner de deux façons : il est parfois interprété comme une maladie «nouvele» et parfois comme le résultat de l'irresponsabilité, mais dans ce dernier cas, il faut s'interroger sur l'alimentation des personnes défavorisées sur le plan économique.

JF : Les politiques en matière de santé adhèrent à la très forte croyance nord-américaine que la maladie est un problème de mode de vie. Si c'est un mode de vie, c'est facile à régler. Cela intéresse tous les ordres de l'administration sanitaire. «Cessez de manger telle chose.» Cependant, les politiques n'analysent pas la *raison* pour laquelle certains aliments sont disponibles et d'autres non. D'autres maladies invalidantes n'étant pas indiquées comme faisant partie de «l'épidémie du

■ Pour offrir des services sûrs, le-la professionnel-le des soins de santé doit être sensibilisé-e aux forces politiques et historiques qui façonnent la dynamique des interactions avec le peuple autochtone liées aux soins de santé.

BR : Vous recommandez la «sûreté culturelle» plutôt que la «sensibilisation aux réalités culturelles» dans la formation des professionnel-le-s de la santé pour traiter des problèmes au niveau des services. Quelle est la différence entre «sensibilisation» et «sûreté»?

AB : Il existe un mouvement visant à rendre les politiques en matière de santé et les services connexes plus sensibles aux réalités culturelles. Les politiques demeurent fondées sur des notions de différence culturelle : en apprenant quelles sont vos différences culturelles, je peux comprendre votre comportement «différent». Cela stigmatise, en plus de rejeter la responsabilité des «différences culturelles» (lesquelles peuvent être structurellement modérées) sur les personnes et d'en dégrader les relations et les structures de pouvoir.

JF : La sûreté culturelle va au-delà des différences culturelles. Elle se préoccupe de changer les attitudes, mais dépasse toute compréhension superficielle pour responsabiliser les membres de la société dominante afin qu'ils tiennent compte du pouvoir et des privilèges de leur propre situation sociale. Pour offrir des services professionnels sûrs, le-la professionnel-le doit être sensibilisé-e aux forces politiques et historiques qui façonnent la dynamique des interactions avec le peuple autochtone dans les soins de santé. Ainsi, les médecins peuvent agir sur les *structures* qui encadrent leur travail au lieu d'essayer d'expliquer ou de critiquer le comportement d'une personne.

AB : C'est un concept relativement nouveau. Il trouve son origine chez des infirmier-ères maori-e-s de Nouvelle-Zélande qui ont participé à la réforme du système de soins

JF : Ce que nous essayons de faire valoir dans le rapport que nous préparons en ce moment est que les points de vue et les connaissances de certains groupes sont privilégiés par rapport à d'autres et que la culture dominante finit par être la force motrice dans les domaines des soins de santé et de la réforme du système de soins de santé.

BR : La sensibilisation au privilège et du pouvoir suffit-elle vraiment à provoquer un changement considérable?
AB : Non, mais la sensibilisation constitue un progrès. Et nous n'essayons pas de critiquer des prestataires particuliers comme racistes. Cela détourne aussi l'attention des structures de pouvoir. Parlons donc du racisme tel qu'il est ancré dans la structure de la société.
BR : Comment des pratiques sûres au point de vue culturel peuvent-elles changer les attitudes péjoratives à la clinique?

AB : Celle-ci doivent être des pratiques et des politiques qui respectent les rôles principaux des femmes autochtones comme contrôleuses du système des soins de santé et des

employée de liaison à l'hôpital régional. Les femmes voulaient que plus de membres du personnel de liaison deviennent des défenseurs du bien public, pour parler des choses qu'il faut changer.

JF : Les demandes de changements de politique grâce à la présence de travailleur-se-s autochtones peuvent être positives, mais ne le sont pas nécessairement. Trop souvent, les décideur-se-s acceptent les recommandations, mais les interprètent et les remanient d'une façon qui appuie les structures de pouvoir en place. C'est ce qui semble être arrivé au poste de liaison : la recommandation des femmes concernant la défense des droits, comme moyen d'apporter des changements et de traiter des problèmes structurels, est interprétée, par exemple, comme un besoin d'augmenter le nombre de travailleur-se-s sociaux-ux-les, qui donneront encore d'autres directives sur la façon dont *les femmes* devraient changer leur vie. C'est une autre approche de contrôle-r-se à l'égard du «mode de vie» des femmes. Les termes même que les femmes voulaient contester servent à formuler les politiques, et la structure de pouvoir reste la même.

AB : En décrivant les rencontres inhibitrices vécues par des femmes autochtones dans une clinique, notre rapport sur la première étape de la recherche a avivé le débat sur l'augmentation des heures de travail du poste de travailleur-se de liaison autochtone à l'hôpital et du financement pour le développer. Le médecin hygiéniste a accepté les conclusions de notre rapport mais à ce jour, il n'y a encore qu'un-e seul-e travailleur-se-s de liaison autochtone.

■ Les points de vue et les connaissances de certains groupes sont privilégiés par rapport à d'autres. La culture dominante finit par être la force motrice dans les soins de santé et la réforme du système de santé.

de santé grâce à la participation au gouvernement. Cependant, en réalité, ces discours sapent le peuple autochtone et le représentent comme manquant de pouvoir.

BR : Manquant de pouvoir dans quel sens?

JF : Au début du processus, certains intérêts des groupes dominants ressortent, tout comme le langage qui favorise ces intérêts, et ce, parfois inconsciemment. Lors de notre étude, par exemple, des femmes autochtones ont exprimé le besoin d'avoir plus de défenseurs (personnel de liaison avec les Premières nations) dans les hôpitaux locaux et régionaux, non seulement dans le secteur des soins actifs, mais aussi dans ceux des soins primaires et des soins de santé communautaire.

AB : Les femmes veulent ce personnel de liaison en raison des attitudes méprisantes qu'on leur témoigne souvent dans ces secteurs. Par leurs attitudes, bien que ce soit souvent involontaire, des travailleur-se-s ont dénigré le rôle des femmes comme mères responsables, leur ont fait part du ressentiment qu'elles avaient à leur égard en jugeant qu'elles étaient des bénéficiaires indignes de l'aide «gratuite» du gouvernement et ont fait preuve d'absence de sensibilité ou de compréhension envers leur comportement (la timidité, par exemple) au cours d'examens médicaux évoquant des abus sexuels dont elles ont été victimes dans des pensionnats.

La clinique de santé locale ne compte aucun-e travailleur-se des Premières nations, et il n'y a toujours qu'un-e seul-

Un sujet médical discrédité dans les politiques et les pratiques en matière de santé : les femmes carriées des Premières nations en Colombie-Britannique

Annette Browne, professeure adjointe, School of Nursing, University of British Columbia, et Jo-Anne Fiske, professeure agrégée, First Nations Studies and Women's/Gender Studies, University of Northern British Columbia, Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique. Les auteures ont rencontré Leslie Grant Timmins, du *Bulletin de recherche*.

Bulletin de recherche : Dans le cadre de la première étape de votre étude de recherche, vous avez examiné des rencontres entre des femmes carriées des Premières nations et des prestataires de services de santé dans le Nord-Intérieur de la Colombie-Britannique. Vous décrivez les rapports de pouvoir inégaux de ces rencontres et leur effet négatif sur les femmes. En quoi consiste la seconde étape de votre étude?

Jo-Anne Fiske : Nous nous sommes penchées de nouveau sur les témoignages des femmes en appliquant certaines perspectives théoriques. En effectuant des entrevues avec des femmes, nous avons été en mesure de faire ressortir des recommandations explicites et implicites visant la modification des politiques. En analysant la réforme des politiques provinciale et fédérale en matière de santé, nous avons constaté que, très souvent, la participation des femmes des Premières nations à la réforme ne donne pas les résultats qu'elles espèrent.

Annette Browne : Les femmes interrogées décrivaient les différentes façons dont les intervenant-e-s en matière de santé projetaient involontairement une attitude d'indifférence et donnaient aux femmes l'impression d'être des sujets médicaux non valables. Les méthodes de la réforme des politiques en matière de santé et de la consultation connexe ainsi que les politiques en matière de santé actuelle ont aussi tendance à présenter les femmes autochtones comme des sujets médicaux «non crédibles».

AB : Discréditées, difficiles à croire. Je pense à la politique de

AB : À l'intermédiaire de la Commission Romanow et de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), qui a consisté en un processus de consultation intensif d'une durée de cinq ans, il existe un paradoxe. Il y a un appel à la «citoyenneté», mais aux droits et aux obligations de diriger les politiques en matière de santé et la consultation font la même chose?

BR : Voulez-vous dire que la réforme du système de soins de santé est et la consultation font la même chose?

AB : Les femmes n'ont pas 20 \$ pour payer la pénalité et n'ont pas d'auto. Le trajet de 20 kilomètres de la réserve à la clinique n'est pas facile à organiser. Elle quitte donc la clinique et traversent le stationnement jusqu'aux soins d'urgence à l'hôpital. Cela coûte beaucoup plus cher au système de soins de santé, mais elles n'ont pas le choix. En raison de cette politique, on insiste sur l'image négative des femmes parce qu'elles n'ont pas respecté les exigences de la clinique. La politique crée des conditions qui renforcent les stéréotypes, la différence et la distance sociale.

BR : Voulez-vous dire que la réforme du système de soins de santé est et la consultation font la même chose?

AB : À l'intermédiaire de la Commission Romanow et de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), qui a consisté en un processus de consultation intensif d'une durée de cinq ans, il existe un paradoxe. Il y a un appel à la «citoyenneté», mais aux droits et aux obligations de diriger les politiques en matière de santé et la consultation font la même chose?

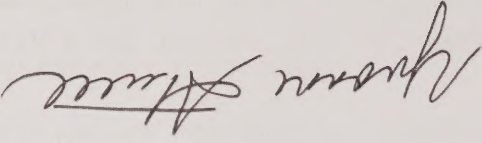
deux fois plus susceptibles que les jeunes hommes de se dire tristes, déprimés ou souffrant d'un stress extrême. Les mauvais traitements, le manque d'éducation, la pauvreté et la discrimination pèsent tous plus souvent et plus lourdement sur les femmes que sur les hommes, ce qui aggrave les désavantages ressentis par des groupes de femmes particuliers.

Par ailleurs, ces études soulignent qu'il est impératif de passer de la recherche à l'action. Nous savons par exemple depuis longtemps que les immigrantes courent un risque élevé de troubles dépressifs, y compris le syndrome de stress post-traumatique (SPT). Beaucoup ont enduré des expériences traumatiques dans leurs pays d'origine pour subir ensuite le stress de l'immigration proprement dite. L'étude du Centre des Prairies confirme que le SPT est exacerbé par le «combat quotidien pour s'adapter à un nouvel environnement, souvent sans aptitude de langage ni soutien communautaire ou familial» [trad.]. Pourtant, un grand nombre de nos politiques et pratiques demeure insensible aux besoins des nouveaux résidents et futurs citoyens du Canada. Des études menées auprès de femmes autochtones, de femmes de couleur et de femmes vivant dans la pauvreté ou dans des situations de violence, mènent à des conclusions semblables. Ces femmes ont besoin d'une société plus équitable et englobante. Elles ont besoin de savoir que les dirigeants du Canada approuveront de nouvelles politiques et pratiques qui assureront à tous et à toutes des soins convenables et corrects. Elles ont besoin de savoir que les prestataires de services respecteront la diversité culturelle, ainsi que les différences sociales et économiques. Elles ont besoin de ressources suffisantes et de la volonté politique nécessaire pour créer une société juste et à caractère humain. Une partie de la recherche mise en relief dans le présent numéro se veut décidément stimulante et orientée vers l'action. Wanda Thomas Bernard, qui a mené des études de recherche sur la santé auprès de Noires néo-écossaises, conclut ce qui suit : «La démarche consiste en un partage du pouvoir individuel et collectif dans la recherche sur la santé, de même qu'en l'utilisation du pouvoir et des privilèges pour apporter des changements.» [trad.] La recherche de Frances Shaver auprès de travailleu-r-se-s du sexe insiste aussi sur l'importance d'«apporter quelque chose à la communauté» [trad.] et d'habiliter les femmes privées de droits. Toutefois,

qui favorise ces intérêts» [trad.].

Par ailleurs, la recherche présentée ici s'attache aux conditions déplorables qui caractérisent la vie de nombreuses femmes défavorisées au Canada, mais passe en grande partie sous silence certaines dimensions positives et stratégies d'adaptation efficaces. L'une des interprétations possibles est qu'il existe une norme de mieux-être et de santé essentiellement blanche, bourgeoise et urbaine. Les vies qui ne s'apparentent pas à cette norme semblent misérables, malaines et tout à fait désagréables, plutôt qu'inutilement difficiles. De plus en plus attentifs à la nécessité d'analyser d'avantage et plus profondément l'incidence de la discrimination systémique sur la santé des femmes, les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont commencé à investir dans la recherche et les politiques liées à des thèmes pertinents, dont le «racisme en tant que déterminant de la santé». Nous attendons impatientement les fruits de ces travaux inédits.

En dernière analyse, la recherche que soutiennent les Centres d'excellence souligne notre responsabilité envers les femmes et les hommes vulnérables et marginalisé-e-s, à la fois en tant que chercheu-r-se-s et citoyen-ne-s d'une société civile. Lorsque des gens nous accueillent dans leur vie au nom de la recherche, il faut être prêt-e-s à leur rendre la pareille avec de l'information, des compétences et des possibilités pouvant mener à des changements véritables et durables. En allant aux urnes, en rencontrant les politicien-ne-s et les décideu-r-se-s, il faut être prêt-e-s à préconiser une société plus équitable et englobante.



LE PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de la Colombie-Britannique
 BC Women's Hospital and Health Centre
 E311 - 4500, rue Oak
 Vancouver
 (Colombie-Britannique)
 Canada V6H 3N1
 www.bcccewh.bc.ca
 Tél. : (604) 875-2633
 Téléc. : (604) 875-3716
 bcccewh@cw.bc.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies
 56 The Promenade
 Winnipeg (Manitoba)
 Canada R3B 3H9
 www.pwhce.ca
 Tél. : (204) 982-6630
 Téléc. : (204) 982-6637
 pwhce@uwinnipeg.ca



Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu universitaire York
 Centre for Health Studies
 4700, rue Keele
 Pièce 214 York Lanes
 Toronto (Ontario)
 Canada M3J 1P3
 www.yorku.ca/nnewh
 Tél. : (416) 736-5941
 Téléc. : (416) 736-5986
 nnewh@yorku.ca



Centre d'excellence pour la santé des femmes - région de l'Atlantique
 C.P. 3070
 Halifax (Nouvelle-Écosse)
 Canada B3J 3G9
 www.medicine.dal.ca/acewh
 Tél. : (902) 420-6725
 Numéro sans frais : 1 888 658-1112
 Téléc. : (902) 420-6752
 acewh@dal.ca

© 2003 Centres d'excellence pour la santé des femmes
 ISSN 1496-3612 Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes
 Numéro de convention : 40036219

Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CECF) sont financés par Santé Canada (Programme de contribution des femmes). Ce programme est un volet important de la stratégie pour la santé des femmes. Chacun des quatre centres, situés à Halifax, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du CECF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.



Centres d'excellence pour la santé des femmes
 Bureau pour la santé des femmes
 Santé Canada
 Localisateur postal 1903C
 3e étage
 Immeuble Jeanne-Mance
 Pré Tunney
 Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9
 Tél. : (613) 952-0795
 Téléc. : (613) 941-8592
 cewhp@hc-sc.gc.ca
 www.hc-sc.gc.ca/femmes

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer des numéros antérieurs ou d'autres exemplaires du présent numéro auprès du RCSF.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes
 Canadian Women's Health Network



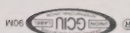
Réseau canadien pour la santé des femmes
 419, avenue Graham,
 bureau 203
 Winnipeg (Manitoba)
 Canada R3C 0M3
 Tél. : (204) 942-5500
 Téléc. : (204) 989-2355
 Numéro sans frais : 1 888 818-9172
 AT5 sans frais : 1-866-694-6367
 cw@cnw.ca
 www.cw.ca

Vous désirez vous abonner?
 Le Bulletin de recherche est envoyé gratuitement aux personnes et aux organismes à travers le Canada qui ont un intérêt pour la recherche en santé des femmes. Si vous désirez vous abonner, veuillez communiquer avec le RCSF. (Si vous désirez mettre fin à votre abonnement, faites-le-nous savoir également.)

PRODUCTION

Rédactrice adjointe
 Ann Pederson
Rédactrice de la production
 Susan White
Traduction française
 Le Groupe de traduction
 Masha Krupp limitée
 Doreen MacLean,
 Vivianne Roy Mazzerolle
Folio Design
 Winnipeg Sun Printing Services

Tous les idées dans ce bulletin, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada ou des Centres d'excellence pour la santé des femmes.





Des voix dans la communauté

Editorial rédigé en collaboration spéciale
 par Yvonne Atwell, analyste en matière de politiques
 Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique

LES RÉDACTEUR-TRICES DU *Bulletin de recherche des Centres d'Excellence* pour la santé des femmes ont invité à commenter les articles du présent numéro consacré à l'écoute des «voix dans la communauté». La recherche présentée ici examine les expériences de femmes qui ont été marginalisées dans et par la société, y compris des immigrantes, des Autochtones, des travailleuses du sexe, des femmes vivant dans la pauvreté, des lesbiennes, des femmes en conflit avec la loi et des femmes qui ont subi de la violence et d'autres formes de mauvais traitements. Ces articles décrivent les nombreux et insurmontables obstacles à la santé et au mieux-être qui s'élèvent devant ces femmes défavorisées—qu'elles essaient de se frayer un chemin dans le système juridique, le système des soins de santé, les services sociaux ou leurs tâches quotidiennes.

Les études appuyées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes représentent une contribution modeste mais vitale à l'enorme quantité de travail qu'il reste à accomplir pour améliorer la santé et le bien-être des femmes vulnérables et marginalisées dans notre société. En donnant la parole aux femmes qui sont d'habitude réduites au silence, ces articles confirment l'existence d'une crise dans la recherche, la politique et la pratique en matière de santé. Bien que des centaines de milliers de femmes au pays vivent dans des conditions de profonde insécurité personnelle, sociale et économique, bien des chercheurs-r-se-s et organismes de financement de la recherche, beaucoup de ceux-celles qui élaborent et mettent en œuvre les politiques municipales, provinciales et fédérales, et beaucoup de ceux-celles qui offrent des services sociaux, de logement, de revenu et de santé ne tiennent pas compte de leur réalité. En se concentrant sur certaines populations de femmes, en examinant la santé du point de vue de l'analyse comparative entre les sexes, cette recherche confirme aussi les répercussions différentes des facteurs économiques, sociaux, politiques et culturels sur divers groupes de femmes, ainsi qu'entre les femmes et les hommes. À titre d'exemple, en rencontrant des jeunes Mi'kmaq vivant dans une réserve, Lynn McIntyre et ses collègues de Nouvelle-Écosse ont découvert que les jeunes femmes étaient

DANS CE NUMÉRO

- 4 Un sujet médical discrédité dans les politiques et les pratiques en matière de santé : les femmes carrières en Premières nations en Colombie-Britannique
- 8 Analyse comparative entre les sexes du stress vécu par les jeunes femmes mi'kmaq
- LA MARGINALISATION : UN OBSTACLE À LA SANTÉ
- 12 Violence et actes autodestructeurs chez les femmes en conflit avec la loi
- 16 Le véritable nom de son état
- ÉTUDE DE LA DIVERSITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ
- 19 Recherche sur la santé des homosexuelles : questions méthodologiques
- 23 Recherche effectuée par les pairs sur le travail du sexe
- 26 Au-delà de l'inclusion